



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE EDUCAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO

**EDUCAÇÃO ALIMENTAR E NUTRICIONAL CRÍTICA NA SAÚDE DE
MULHERES DE DISTINTAS CLASSES SOCIAIS EM AMBIENTE VIRTUAL**

FRANCIÉLI ALINE CONTE

Porto Alegre

2023

Francieli Aline Conte

**EDUCAÇÃO ALIMENTAR E NUTRICIONAL CRÍTICA NA SAÚDE DE
MULHERES DE DISTINTAS CLASSES SOCIAIS EM AMBIENTE VIRTUAL**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Educação da Faculdade de Educação da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial básico para obtenção de título de Doutora em Educação.

Orientador: Prof. Dr. Johannes Doll

Linha de pesquisa: Trabalho, Movimentos Sociais e Educação.

Porto Alegre - RS

2023

CIP - Catalogação na Publicação

Conte, Francieli Aline
EDUCAÇÃO ALIMENTAR E NUTRICIONAL CRÍTICA NA SAÚDE
DE MULHERES DE DISTINTAS CLASSES SOCIAIS EM AMBIENTE
VIRTUAL / Francieli Aline Conte. -- 2023.
240 f.
Orientadora: Johannes Doll.

Tese (Doutorado) -- Universidade Federal do Rio
Grande do Sul, Faculdade de Educação, Programa de
Pós-Graduação em Educação, Porto Alegre, BR-RS, 2023.

1. Mulheres. 2. Envelhecimento. 3. Educação
Alimentar e Nutricional . 4. Educação on-line. 5.
Educação Crítica. I. Doll, Johannes, orient. II.
Título.

Francieli Aline Conte

**EDUCAÇÃO ALIMENTAR E NUTRICIONAL CRÍTICA NA SAÚDE DE
MULHERES DE DISTINTAS CLASSES SOCIAIS EM AMBIENTE VIRTUAL**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Educação da Faculdade de Educação da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para obtenção de título de Doutora em Educação.

Aprovada em

BANCA EXAMINADORA:

Prof. Dr. Johannes Doll - Orientador

Prof. Dr. Luiz Armando Gandin - UFRGS

Profa. Dra. Maira Rozenfeld Olchik - UFRGS

Profa. Dra. Vanessa Ramos Kirsten - UFSM

RESUMO

Introdução: Mudanças no modelo de alimentação global têm sido responsáveis pelo aumento da incidência e prevalência de doenças crônicas não transmissíveis que cursam com a acentuação do envelhecimento. As populações mais afetadas são as de baixa classe social e de baixo grau educacional. A educação alimentar e nutricional (EAN), nesse sentido, visa promover mudanças de comportamentos alimentares e melhora das condições de saúde. Todavia, a maioria das ações de EAN têm sido realizadas no formato tradicional, necessitando de mudanças metodológicas. **Objetivo:** Observar as implicações de um processo educativo crítico em educação alimentar e nutricional, em ambiente virtual, na saúde de mulheres adultas maduras e idosas de distintas classes sociais, vinculadas ao Sistema Único de Saúde. **Metodologia:** Pesquisa de intervenção em Educação Alimentar e Nutricional, com múltiplos casos, em ambiente virtual (Google Meet ou WhatsApp), com mulheres acima de 50 anos, usuárias do Sistema Único de Saúde, de uma cidade da região noroeste do estado do Rio Grande do Sul. O trabalho educativo foi realizado individualmente, com periodicidade mensal e utilizou conhecimentos básicos da ciência da nutrição, como aconselhamento nutricional e ferramentas pedagógicas da pedagogia crítica, em especial a problematização, busca pela reflexão e autonomia. **Resultados:** Fizeram parte do estudo três mulheres de baixa renda e baixa escolaridade, uma mulher com renda e escolaridade intermediária e outras três mulheres com renda e escolaridade elevada. As doenças ou alterações clínicas mais prevalentes foram hipertensão, hipercolesterolemia, excesso de peso, hipotireoidismo, pré-diabetes, problemas de intestino e ferritina elevada. Mulheres de baixa renda apresentaram menor diversidade alimentar quando comparadas a mulheres de mais elevada renda. Tanto mulheres de baixa, quanto de elevada renda referiram que se privavam de comprar alguns alimentos, entretanto, as privações ocorrem em distintos grupos alimentares. Após a EAN crítica, as participantes se tornaram capazes de elaborar conceitos mais complexos a respeito dos temas questionados. O programa educativo contribuiu em mudanças de comportamento alimentar e estilo de vida que resultaram em perda de peso discreto (4 kg) e também significativo (perda de 22 Kg), melhora da qualidade do sono, redução dos sintomas da menopausa, melhora de parâmetros bioquímicos (após a repetição dos exames), melhora do funcionamento intestinal, maior capacidade de julgar e avaliar os alimentos industrializados e prontos para o consumo e maior poder de reflexão e decisão sobre as escolhas alimentares.

Conclusão: Este projeto foi uma forma viável e seguro de assistência nutricional em um período de distanciamento social, com diferenciações metodológicas, especialmente por meio da problematização e da busca pela reflexão e autonomia. A EAN crítica possibilitou a construção de novos saberes, maior autonomia e capacidade de avaliação dos alimentos, mudança de comportamentos alimentares, redução de peso e melhoras na saúde. A metodologia pode servir como inspiração para a atuação profissional, formação de professores e futuros nutricionistas.

Palavras-Chave: Mulheres; Envelhecimento; Educação Alimentar e Nutricional; Educação Online; Educação Crítica; Saúde.

ABSTRACT

Introduction: Changes in the global diet model have been responsible for the increased incidence and prevalence of non-communicable chronic diseases that occur with the accentuation of aging. Those who could endure more are those of low social class and low educational level. Food and nutrition education (EAN), in this sense, aims to promote changes in eating behavior and improve health conditions. However, most EAN actions have been carried out in the traditional format, requiring methodological changes. **Objective:** To observe the implications of a critical educational process in food and nutrition education, in a virtual environment, on the health of mature and elderly women from different social classes, linked to the Unified Health System. **Methodology:** Intervention research in Food and Nutrition Education, with multiple cases, in a virtual environment (Google Meet or WhatsApp), with women over 50 years old, users of the Unified Health System, in a city in the northwest region of the state of Rio Grande southern. The educational work was carried out individually, on a monthly basis and used basic knowledge of the science of nutrition, such as nutritional counseling and pedagogical tools of critical pedagogy, especially problematization, the search for reflection and autonomy. **Results:** Three women with low income and low education (Bere, Nega, Rosa), one woman with intermediate income and education (Rose) and three other women with income and high education (Joce, Lúcia, Vagalume Aprendiz) took part in the study. The most prevalent diseases or clinical alterations were hypertension (Bere, Rosa, Lúcia), hypercholesterolemia (Bere, Lúcia), overweight (Rosa, Rose, Joce, Lúcia), hypothyroidism (Rosa, Firefly Apprentice), pre-diabetes (Rose, Nega), bowel problems and high ferritin (Joce). Low-income women had less food diversity when compared to higher-income women. Both low- and high-income women reported that they deprived themselves of buying some food, however, deprivations occur in different food groups. After the critical EAN, the participants became able to elaborate more complex concepts regarding the questions questioned. The educational program contributes to changes in eating behavior and lifestyle that resulted in discrete (4 kg) and also significant weight loss (22 kg loss), improved sleep quality, reduced menopausal symptoms, improved biochemical parameters (after the exams are repeated), improved intestinal functioning, greater ability to judge and evaluate processed and ready-to-eat foods and greater power of reflection and decision on food choices. **Conclusion:** This project was a viable and safe form of nutritional assistance in a period of social distancing, with methodological differences, especially through problematization and the search for reflection and autonomy. The critical EAN enabled the construction of new knowledge, greater autonomy and ability to evaluate food, change eating behaviors, weight reduction and improvements in health. The methodology can serve as inspiration for professional performance, training teachers and future nutritionists.

Keywords: Women; Aging; Food and Nutrition Education; Online Education; Critical Education; Health.

LISTA DE TABELAS E QUADROS

Quadro 1: Cronograma de organização e estruturação dos encontros virtuais.....	75
Quadro 2: Síntese dos dados socioeconômicos e sociodemográficos das participantes e suas respectivas condições sociais.....	84
Quadro 3: Categorização da questão: Vamos começar falando sobre como é a sua alimentação na atualidade: como você tem se alimentado na sua visão? Por quê?.....	87
Quadro 4: Categorização da questão: “Conte-me mais um pouco, como foi a sua alimentação ao longo da sua vida adulta”.....	90
Quadro 5: Você se priva de comprar algum alimento que gosta ou necessita?.....	95
Quadro 6: Alimentação na atualidade- Falta algum alimento ou grupo alimentar?.....	96
Quadro 7: De onde ou de quais fontes você adquire os seus conhecimentos sobre alimentação na atualidade.....	101
Quadro 8: Categorização das respostas da questão: O que são alimentos saudáveis? Dê exemplos.....	102
Quadro 9: Categorização da questão: O que são alimentos não saudáveis? Cite exemplos.....	104
Quadro 10: Você costuma ler os rótulos dos alimentos antes de comprá-los? Em caso afirmativo, quais informações você procura olhar?.....	105
Quadro 11: Resumo dos encontros e trabalho educativo realizado.....	109
Quadro 12: Resumo das respostas acerca da percepção da saúde e das principais demandas de saúde ou estado nutricional autodeclaradas no primeiro encontro.....	110
Quadro 13: Construção de proposta alimentar da participante Bere e da Pesquisadora.....	135
Quadro 14: Construção de proposta alimentar da participante Rosa e da Pesquisadora.....	137
Quadro 15: Exames laboratoriais mais recentes fornecido pelas participantes.....	141
Quadro 16: Adaptação da Receita de Torta de Limão.....	153
Quadro 17: Quadro 17: O que são alimentos saudáveis? Cite exemplos-Comparação antes x depois.....	163
Quadro 18: Comparação da síntese das respostas da questão “O que são alimentos saudáveis? Cite Exemplos” - antes e depois da EAN crítica.....	164
Quadro 19: Categorização da questão: O que são alimentos não saudáveis? Cite exemplos.....	167
Quadro 20. Síntese das respostas: O que são alimentos não saudáveis? Cite exemplos.....	168
Quadro 21: Comparação das respostas da questão “O que são alimentos não saudáveis?” fornecidas antes e depois da EAN crítica.....	169
Quadro 22: Comparação das respostas antes e após a EAN sobre as informações que estão contidas nos rótulos.....	171
Quadro 23: Categorização da Questão: Rótulo, dimensão sobre o que compreende ou conclui a respeito dos rótulos dos alimentos.....	172
Quadro 24: Categorização da questão “O que acontece se não tratar?”.....	177
Quadro 25: Relação de doenças ou consequências citadas pelas participantes.....	179
Quadro 26: Respostas da questão: Quais alimentos são importantes para ajudar a tratar a doença/ alteração? Quais ajudam?.....	182

Quadro 27: Categorização da questão: Quais alimentos são importantes para ajudar a tratar a doença/ alteração? Quais prejudicam?.....	183
Quadro 28: De forma resumida, o que você aprendeu e colocou em prática na sua vida com esse trabalho de EAN crítica?.....	187
Quadro 29: Como está a sua alimentação na atualidade? Mudou/melhorou alguma coisa?.....	189
Quadro 30: Categorização da questão “Como está a sua alimentação na atualidade? Mudou/melhorou alguma coisa?”.....	190
Quadro 31: Resumo das mudanças realizadas nos comportamentos e/ou hábitos ao longo dos seis meses.....	192
Quadro 32: Síntese das respostas da questão: Você considera que houve melhoras na sua saúde com a participação neste projeto? O que/quais?.....	194
Quadro 33: Categorização da questão: Comparação e percepções sobre o trabalho de EAN virtual.....	201
Quadro 34: Categorização da questão: Aspectos positivos sobre a modalidade de encontro na modalidade virtual.....	203
Quadro 35: Categorização da questão: Aspectos negativos sobre a modalidade de encontro virtual.....	204

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Localização geográfica do município de Ijuí-RS.....	72
Figura 2: Desenho inicial e final para a explicação do Índice Glicêmico dos Alimentos e os seus comportamentos no sangue.....	143
Figura 3: Imagens ilustrativas sobre os alimentos e seus respectivos Índices Glicêmicos.....	143
Figura 4. Desenho de artéria e a explicação do processo de aterosclerose.....	144
Figura 5: Imagem ilustrativa do pé diabético.....	144
Figura 6: Imagem ilustrativa de sequela de AVC.....	144
Figura 7: Bolo de maçã com aveia.....	148
Figura 8: Preparação que comeu no almoço.....	148
Figura 9: Alimentos consumidos no lanche.....	150
Figura 10: Alimentos consumidos no almoço.....	150

LISTA DE ABREVIATURAS

AVC - Acidente Vascular Cerebral
AVE - Acidente Vascular Encefálico
DCNT - Doenças Crônicas Não Transmissíveis
DeCS- Descritores em Ciências da Saúde
DHAA - Direito Humano à Alimentação Adequada
DM II - Diabetes Mellitus tipo II
EAN - Educação Alimentar e Nutricional
EN - Estado Nutricional
ESFs - Estratégias de Saúde da Família
FVL -Frutas, Verduras, Legumes
g - grama
h - hora
HDL - lipoproteína de alta densidade
IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IG - Índice Glicêmico
IMC - Índice de Massa Corporal
Kcal - calorias
LDL -lipoproteína de baixa densidade
min - minutos
PNSAN - Política Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional
ProUni - Programa Universidade Para Todos
R24H - Recordatório Alimentar de 24 horas
SUS - Sistema Único de Saúde
TCLE -Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

SUMÁRIO

RESUMO	4
ABSTRACT	5
LISTA DE TABELAS E QUADROS	6
AGRADECIMENTOS	13
Uma semente fora da terra...	14
1 A TRAJETÓRIA E AS MOTIVAÇÕES PARA ESTE ESTUDO	15
1.1 PESQUISA EM TEMPOS DE PANDEMIA	23
Uma semente na terra...	24
2 PROBLEMA	25
3 OBJETIVO GERAL	26
3.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	26
Por que semear essa semente?	27
4 JUSTIFICATIVA	28
A germinação da semente e crescimento inicial	40
5 BASES TEÓRICAS	41
5.1 ENVELHECIMENTO, CONDIÇÕES SOCIAIS E SAÚDE	41
5.1.1 ENVELHECIMENTO BIOLÓGICO	45
5.1.2 ENVELHECIMENTO FEMININO	49
5.1.3 ENVELHECIMENTO/VELHICE SOB OUTRO OLHAR	50
5.2 TEORIA CRÍTICA NO CONTEXTO DA EDUCAÇÃO ALIMENTAR E NUTRICIONAL: CONTRIBUIÇÕES DE BOURDIEU E FREIRE	52
5.3 INSTRUMENTOS E TEORIAS PARA TRABALHAR EDUCAÇÃO NUTRICIONAL NUMA PERSPECTIVA CRÍTICA (OU FREIRIANA)	61
A boa nutrição favorece o crescimento	65
6 RESULTADOS/PRODUTOS DO TRABALHO TEÓRICO	66
Os galhos apontam o caminho para formar a copa...	67
7 CAMINHO METODOLÓGICO	68
7.1 ESTUDO DE MÚLTIPLOS CASOS	71
7.3 CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA E NÚMERO DE PARTICIPANTES	72
7.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO	73
7.5 LOGÍSTICA E SELEÇÃO DAS MULHERES	73
7.6 IDENTIFICAÇÃO DAS PARTICIPANTES: escolha dos nomes	74
7.7 PREPARAÇÃO DO CAMPO	74
7.8 OS ENCONTROS EDUCATIVOS	75
7.9 ESPECIFICAÇÃO DOS ENCONTROS	75

	11
7.11 ANÁLISE DOS DADOS	79
7.12 ANÁLISE DE CONTEÚDO	79
7.13 ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA	81
A árvore crescida...	82
8 RESULTADOS	83
8.1.1 BIOGRAFIAS DAS PARTICIPANTES	83
8.1.2 HISTÓRIA ALIMENTAR, ACESSO E DISPONIBILIDADE DE ALIMENTOS	85
8.1.3 RENDA, DISPONIBILIDADE E ACESSO AOS ALIMENTOS	94
8.1.4 AVALIAÇÃO DOS CONHECIMENTOS INICIAIS	100
As primeiras flores...	108
8.2 OS ENCONTROS	109
8.2.1 PRIMEIRO ENCONTRO: HISTÓRIA DE VIDA E DEMANDAS GERAIS	110
8.2.2 SEGUNDO ENCONTRO: CONHECENDO O COMER	115
8.2.3 TERCEIRO ENCONTRO: ESTUDO DOS RÓTULOS	123
8.2.4 QUARTO ENCONTRO: EXAMES LABORATORIAIS, DIAGNÓSTICO E PROBLEMATIZAÇÃO	135
8.2.5 QUINTO ENCONTRO: O QUE FALTA PARA MUDAR?	145
8.2.6. SEXTO ENCONTRO: AS APRENDIZAGENS E MUDANÇAS NA PRÁTICAS.	151
Os Primeiros Frutos...	161
8.3 RESULTADOS (FRUTOS) DA EAN CRÍTICA	162
8.4 CONHECIMENTOS SOBRE AS DOENÇAS E O TRATAMENTO NUTRICIONAL	176
8.5 O QUE SABEM SOBRE O TRATAMENTO NUTRICIONAL	181
8.6 RESULTADOS ALCANÇADOS COM A EAN CRÍTICA	186
8.7 AS MUDANÇAS NA SAÚDE E ESTADO NUTRICIONAL	193
8.8 A ALIMENTAÇÃO NAS DIFERENTES CLASSES E GRAUS ESCOLARES	196
8.9 A EDUCAÇÃO ALIMENTAR CRÍTICA EM AMBIENTE VIRTUAL	199
A árvore completa o seu primeiro ciclo...	207
9 CONCLUSÃO	208
Fase de compartilhar as sementes	212
REFERÊNCIAS	213
APÊNDICES E ANEXOS	229

*Se o ensino “não permear a realidade do cotidiano e da vida das pessoas ele jamais alcançará de fato os seus objetivos”
(Maria Cristina Faber Boog, 2013, p. 30)*

AGRADECIMENTOS

Nessa página da Tese, que considero muito especial porque escrevo com o meu coração, com a minha emoção e não preciso escrever formalmente ou cientificamente, quero deixar o meu agradecimento às principais pessoas que me auxiliaram nesse percurso, mas também a Aquele que Pai (e mãe), Filho e Espírito Santo, a quem considero que devo a minha existência, tudo o que tenho e tudo o que sou, que me concedeu alguns Dons, entre eles o da Sabedoria, que sempre está em constante evolução. É Ele que me dá força e coragem para lutar pelo o que acredito. É também Ele que sempre me protegeu (e protege), desde a infância, desde os perigos da natureza, até aqueles perigos da cidade Grande, em especial Porto Alegre, uma cidade que para mim, nascida e criada no campo, é considerada gigante e cheia de perigos, mas também de oportunidades.

Dedico também essa tese às minhas duas irmãs, Isaura e Elisabete. As duas tiveram contribuições distintas durante esse processo, porém com importâncias imensuráveis e digo até impagáveis. Ainda dentro do público familiar, não posso esquecer da minha mãe, que sempre rezou (orou) muito por mim.

Distanciando-me das pessoas da minha família de sangue, agradeço aqueles(as) irmãos(ãs) de acolhida, de pouso quando precisei, e que sem dúvida também contribuíram, desde o processo seletivo até aqui. Não posso nesse sentido, também esquecer do meu grupo de pesquisa, “Educação e Envelhecimento”, que além do compartilhamento de saberes e produções científicas geraram amizades para a vida toda, forma uma bela ecologia de saberes.

Por fim, e não menos importante e crucial nessa caminhada, o meu orientador Johannes Doll, uma pessoa que além de muito sábia, é muito solícito, que não só me orientou, mas que ensinou muito além do que eu esperava. Um professor que inspira, que acolhe, e que acolheu a uma moça totalmente desconhecida, vinda do interior do Estado do Rio Grande do Sul e, além disso, da área da saúde. No fim, descobrimos que ele faz questão dessa diversidade de área e desses desafios.

Uma semente fora da terra...

Toda árvore, antes de ser árvore, foi semente algum dia. Minha semente estava guardada com todos os cuidados, em um lugar arejado e ao abrigo de sol, luz e calor. Não tinha como germinar, mas possuía todo o seu potencial de germinação.

1 A TRAJETÓRIA E AS MOTIVAÇÕES PARA ESTE ESTUDO

Eu, Franciéli, mulher, nutricionista e pesquisadora em educação e nutrição, descrevo aqui um pouco de minha trajetória de menina travessa, magrinha, com sardas no rosto e com cicatrizes da infância, originadas dos tombos, dos arames farpados, das corridas (a pé e de bicicleta) que marcaram uma infância bonita, com muitas brincadeiras, esportes, pescarias e banho de rio, este último quase sempre escondido da mãe. Esses relatos descrevem resumidamente minha origem camponesa, que se deu durante toda minha infância e adolescência em meio a matas, rios, roças, poteiros, várzeas, animais e uma diversidade muito grande, que tento sempre estar em contato e onde também busco algumas inspirações e sonhos futuros.

Vejo ainda uma menina um tanto audaciosa com as aventuras do campo, da lida com os animais, com as proezas no rio, nas árvores e cipós, mas medrosa com as questões do futuro, com medo de sair de casa, com medo de cidade grande, que só foi superado com incentivo de minha irmã mais velha e da minha pequena inserção e participação em formação de jovens no Movimento de Mulheres Camponesas, onde aprendi que o mundo pode ser muito duro, em especial com as mulheres, e mais ainda com as submissas, com as dependentes e pouco escolarizadas.

Para seguir contando minha história eu utilizarei do exemplo da semente, neste caso, da semente de araticum ou ariticum (*Rollinia sylvatica*), uma árvore (robusta e forte) que foi muito significativa na minha infância e juventude, na qual eu subia e ficava por horas sentada comendo seus frutos. A semente quando em meio a um ambiente não favorável, não consegue se desenvolver, fica na sua forma original. Aos meus 17 anos, quando eu e minha mãe migramos para a pequena cidade do nosso município de origem, eu consigo me ver como uma pequena semente que não poderia se desenvolver ou germinar naquele lugar.

Para a semente germinar, precisei plantar a semente em terra fértil, despertando o meu olhar para uma formação, momento que chamo de saída ou quebra do estado de dormência, foi então quando vi o programa de incentivo a entrada na universidade. Aos 19 anos, após ter finalizado o Curso Técnico em Mecânica e o Sistema Nacional de Aprendizagem Industrial (SENAI), ingressei em uma universidade comunitária, a Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul (ano de 2011), no município de Ijuí-RS, via Programa Universidade para Todos (ProUni) onde conquistei uma bolsa integral no curso de Nutrição.

Para uma semente germinar ela precisa estar em um ambiente rico em substratos, água e nutrientes, e minha entrada na Universidade foi o primeiro passo para a semente se desenvolver. Na universidade sempre fui uma aluna ativa, me envolvi desde cedo na iniciação científica, em um projeto interdisciplinar com mulheres no climatério, onde tive a oportunidade de vivenciar outras realidades que estavam muito distantes da vida camponesa: a realidade dura de mulheres pobres, pouco ou nada alfabetizadas que fui conhecendo com minha inserção no projeto e nos bairros onde essas mulheres residiam. Posteriormente, algumas delas foram as participantes do meu trabalho de conclusão de curso da graduação e, mais tarde, na dissertação de mestrado em Atenção Integral à Saúde, onde desenvolvi e defendi um projeto puramente clínico, fornecendo azeite de oliva extravirgem a algumas mulheres que nem conheciam o alimento.

Apesar da minha formação dura e clínica, sempre tive um olhar sensível às dificuldades humanas, que de alguma forma despertaram a sede por “algo a mais”, o que fez a minha semente se desenvolver e se tornar em uma pequena muda. Dentro do mestrado, me atentei para disciplinas no programa de Pós-Graduação em Educação, ainda em Ijuí, o que foi um diferencial para pensar na minha formação, na minha atuação e também no modelo que eu estava seguindo e que ainda defendi até ao final mestrado, um modelo de atuação e escrita puramente técnico e clínico, que nada tem a ver com um trabalho humanizado e sensível, apesar da minha sensibilidade às questões sociais.

A partir de minha inserção no ‘mundo da educação’, que ocorreu em um primeiro momento dentro do mestrado, através de uma disciplina eletiva no Programa de Pós-Graduação em Educação, pude ir amadurecendo ideias, pensar e refletir qual a trajetória que eu queria enquanto profissional e futura formadora (professora e pesquisadora), ao mesmo tempo, voltar meu olhar sobre mulheres que carecem de atenção e cuidado, e de profissionais que consigam enxergar essas mesmas mulheres no seu todo e não apenas nas questões fisiológicas e de adoecimento como realizado até então.

A minha busca e aproximação com o campo da educação atualmente no doutorado só foi possível após a reflexão do trabalho tecnicista e biomédico realizado após a conclusão do mestrado, onde então comecei a refletir a respeito de minha formação e então passei a pensar sobre o distanciamento e separação entre as duas áreas, a saúde e a educação. Nesse momento me dei conta de que pensar a formação profissional, sem formação em educação, abre caminhos para um trabalho mecanicista, biomédico, “bancário” e separatista, enquanto que trabalhar a

saúde em uma lógica de educação em uma perspectiva crítica¹, pode implicar em um trabalho mais humanizante, questionador, conscientizador e em uma dimensão de integralidade e promoção da saúde.

É inegável que vivenciamos tempos difíceis, sérios problemas sociais, então, o desejo de fazer a diferença, de lançar sementes em terras férteis é preciso, bem como, manter um bom substrato a essa ainda pequena planta que cresce. Esse projeto se forja em torno de um olhar a mulheres de diferentes classes e realidades sociais e de diferentes graus de escolaridade na perspectiva de educar criticamente na área da nutrição, no intuito de construir uma proposta de educação alimentar e nutricional crítica, embasada nas propostas de Paulo Freire, de modo a possibilitar construções humanizantes e permanentes na área da saúde.

A fim de mostrar minha intenção neste projeto, a seguir, vou adentrar em alguns assuntos e breves conceitos sobre os temas que vão ser abordados nesta pesquisa, que são: envelhecimento, mulheres (adultas maduras e idosas) e por que deste público, a saúde e alimentação, educação alimentar e nutricional, educação freiriana e sua inserção na saúde e por fim, a pesquisa em tempos de pandemia.

O aumento da expectativa de vida e do envelhecimento feminino no Brasil e em muitos países do mundo, também denominado de “feminização da velhice” (CAMARANO, 2003, p. 35) é um dado real e indiscutível. Nesse cenário de envelhecimento e das mudanças que este proporciona, conhecer os perfis de saúde, alimentação em diferentes grupos econômicos e graus escolares é importante e necessário para compreendermos as diferenças socioeconômicas na saúde, bem como para sabermos intervir sobre estes.

Mulheres adultas maduras (aproximadamente dos 40 anos aos 60 anos) (BARROS, 2009) e idosas (60 anos e mais) (WHO, 2005) perpassam por uma fase que clinicamente denomina-se climatério, período que se inicia por volta dos 35 anos, mediante o declínio dos estrógenos femininos, os quais vão se esgotando ao ponto de entrar em falência, trazendo uma série de modificações morfológicas, fisiológicas, hormonais (LIBERMANN, 2013; MEIRELLES, 2014) além de outras importantes alterações que merecem atenção.

Embora o climatério possa ter a sua parcela de interferência sobre o corpo (estado nutricional) e a saúde feminina (por favorecer a dislipidemias, hipertensão arterial, resistência insulínica, depressão) (LIBERMANN, 2013; MEIRELLES, 2014), é importante lembrar que não somos seres apenas biológicos, mas também sociais, políticos, culturais, e que a saúde/doença é um processo complexo e multifatorial, dependente também do meio social, da

¹ Educação em uma perspectiva crítica será abordada e aprofundada nos capítulos subsequentes.

alimentação, do estilo de vida, das questões genéticas, e portanto, o tratamento ‘puramente clínico’ parece então não ser suficiente para resolver problemas tão complexos.

Ao me dar conta de que tratamentos ditos convencionais e prescritivos não causaram ‘o impacto’ que eu, enquanto nutricionista esperava (efeito do azeite de oliva extravirgem sobre as dislipidemias (na graduação) e posteriormente sobre o espessamento da camada íntima-média da artéria carótida (no mestrado). Assim, me dei conta de que eu precisaria adentrar e compreender outras áreas, as quais me possibilitaram a ampliação da minha visão, não só profissional, mas também humana.

A nutrição é ainda uma área de atuação nova, que nasceu dentro dos hospitais em apoio aos médicos, mediante a elaboração de dietas, promovendo, deste modo, uma prática curativa individual, predominantemente centrada em regras higienistas do século XVIII e com direcionamento principal nos alimentos e nas doenças (NEGRI; AMESTOY; HECK, 2017), desvinculando o alimento da dimensão cultural com o sujeito enquanto ser social, antropológico e histórico.

Entre 1940 a 1960 a EAN fundamentava-se no mito da ignorância (LIMA, 2000), ou seja, a ignorância ou falta de conhecimento era considerado a causa da fome e da desnutrição entre as populações de baixa renda. Assim, as ações educativas voltavam-se a estes grupos. As ações em educação alimentar buscavam promover mudanças no comportamento alimentar das populações pobres por meio de instrumentos que o ensinassem a comer (LIMA, 2000; LIMA, OLIVEIRA, GOMES, 2003).

Nos anos 60, de acordo com Boog (2013), o nutricionista foi considerado “o tradutor da ciência da nutrição” (p. 28). A educação alimentar e nutricional resumia-se a traduzir em palavras simples os conceitos da ciência da nutrição, a fim de serem compreendidos principalmente por pessoas com baixo grau de instrução.

Em 1970, as ações educativas e assistencialistas voltaram-se aos trabalhadores (formais) e grupos de risco (LIMA, OLIVEIRA, GOMES, 2003). Mais tarde, essa perspectiva educativa vai sendo deixada de lado e dá lugar às ações de educação voltadas às campanhas de introdução de novos alimentos e programas de suplementação (BOOG, 1997, 2013).

Novas perspectivas de ações de EAN, segundo Santos (2005), surgem apenas na década de 1980, onde inicia-se as primeiras reflexões e críticas a respeito da incapacidade das ações de educação alimentar promover mudanças nas práticas alimentares. Um novo olhar sobre as ações de EAN iniciam no Brasil, a partir do trabalho de Flávio Luiz Schieck Valente (1989), que buscou articular a EAN com a pedagogia histórico-crítica. Valente (*op. cit*) enfatizou a

necessidade de considerar a classe social no lugar das categorias “ignorância e renda”, que ainda eram utilizadas. Ele também defendeu que políticas e iniciativas de EAN realizadas de forma isolada eram incapazes de solucionar os problemas alimentares e do estado nutricional da população.

Dentro do campo da nutrição, além de Valente muitos pesquisadores têm olhado de forma crítica aos programas e ações de educação alimentar e da própria atuação clínica, e contribuído de forma relevante sobre a nutrição no campo social e de políticas de alimentação, bem como sobre o próprio subcampo da educação alimentar e nutricional, entre as quais destacam-se as pesquisadoras Eronides da Silva Lima, Maria C. Faber Boog, Ligia Amparo da Silva Santos, Elisabeta Recine, Ana Paula Magalhães, Susana Moreira Padrão.

Além da contribuição desses e outros pesquisadores, outros acontecimentos também contribuíram sobre avanços nesse campo, onde destaca-se a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) e de políticas públicas e programas, como a Política Nacional de Alimentação e Nutrição aprovada em 1999 (PNAN, 2013), a Política Nacional de Humanização (BRASIL, 2003), a Política Nacional de Promoção à Saúde (2006), Programa Nacional de Alimentação Escolar, a Política Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional - PNSAN (2006), Programa Saúde na Escola - PSE (2007), Política Nacional de Promoção da Saúde -PNPS (2014), entre outras, que ampliaram a inserção e atuação de nutricionistas no setor público.

Ainda que a própria área da Nutrição venha evoluindo e aprimorando-se ao longo das décadas, muitas lacunas ainda estão em aberto, em especial no que se refere à teoria e à prática, ou seja, entre o ideal e o real. Um exemplo simples e clássico disso está na EAN na Atenção Primária, onde as ações educativas taxam as pessoas (usuários) de acordo com suas condições clínicas, denominando-os de “Grupo de Diabéticos”, “Grupo de Hipertensos” (PIASETZKI, BOFF, CORASSA, 2022) “Grupo de Obesos” (SANTANA, 2016).

Não obstante, as oficinas e trabalhos, na maioria das vezes são principalmente clínicos e informativos (depósitos de informação), em que prevalecem metodologias quantitativas (CONTE, DOLL, 2021), das quais é difícil desvincular-se, uma vez que está fortemente enraizado nos moldes da formação acadêmica, que ainda é muito técnica e com disciplinas fragmentadas (BOOG, 2013).

Negri, Amestoy e Heck (2017) afirmam que o trabalho de educação alimentar ainda permanece em terceiro lugar como desejo ou almejo de empregabilidade. O maior interesse de atuação se dá na área “de nutrição clínica em hospitais, clínicas e consultórios, ao encontro da vertente tradicional da formação de nutricionistas” (NEGRI; AMESTOY; HECK, 2017, p. 82).

Segundo os mesmos autores (*op. cit*, 2017, p. 82) tal realidade “reflete o modelo elitizado em saúde, traduzindo-se em um imaginário que difere da realidade socioeconômica da grande massa da população” e, ao mesmo tempo contribuem para um trabalho individualizado, clínico e elitizado, enquanto a construção de um trabalho coletivo e humanizado nos e com os grupos mais pobres e vulneráveis fica em segundo plano.

A partir desta perspectiva e do meu inconformismo, justifico a minha aproximação com o campo da educação. Um campo de conhecimento onde busquei conhecer novas formas de trabalhar com as pessoas, de conhecer um campo que permite me desprender um pouco da clínica (sem esquecê-la) e entender minimamente o trabalho educativo/pedagógico e também sociológico. Para isso, fui buscar aporte teórico em pesquisadores como Paulo Freire, Ira Shor, Michel Apple, Henry Giroux, Pierre Bourdieu, entre outros pesquisadores da educação e sociologia para aprender e colocar em prática o projeto de EAN crítica.

A EAN é um campo de conhecimento e “de prática contínua e permanente, transdisciplinar, intersetorial e multiprofissional que visa promover a prática autônoma e voluntária de hábitos alimentares saudáveis, contribuindo para assegurar o Direito Humano à Alimentação Adequada (DHAA)” (BRASIL, 2018, p. 9), que surge a partir da diretriz da Política Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional -PNSAN².

Por se tratar de um campo de conhecimento, suas ações podem ser realizadas sobre diferentes âmbitos como, por exemplo, dos modos de produção de alimentos, das práticas alimentares e dos hábitos alimentares em âmbito familiar ou individual. Adicionalmente não pode ser esquecido que os saberes alimentares e nutricionais estão também atrelados a outras áreas do conhecimento, e vão muito além dos aspectos alimentares e nutricionais, como os saberes “agrícolas, agrários, humanos, sociais, antropológicos, culturais, políticos, econômicos, educacionais, psicológicos, entre outros” (BRASIL, 2018a, p. 14) que não se anulam, mas se complementam e determinam as práticas e comportamentos alimentares.

A EAN enquanto prática de atuação, visa, entre outras questões, melhorar ou modificar os hábitos e comportamentos alimentares, promover, recuperar ou manter a saúde e estado nutricional em nível individual ou coletivo, com potencial para tornar-se uma importante ferramenta de transformação da saúde. Todavia, minha intenção com este projeto é ir além dela e de seus preceitos teóricos, ao buscar embasamento para compreender e trabalhar na prática a

² Conforme a Lei no 11.346, de 15 de setembro de 2006, que cria o Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional - SISAN com vistas a assegurar o direito humano à alimentação adequada, institui a Política Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional - PNSAN, com o objetivo geral de promover a segurança alimentar e nutricional, o direito humano à alimentação adequada em todo território nacional.

educação alimentar e nutricional crítica, que ao meu entendimento parece ser a melhor estratégia para o enfrentamento dos problemas nutricionais ao extrapolar os atendimentos clínicos e o modelo tecnicista e biomédico ao qual o campo na nutrição tem sido atrelado. Tal perspectiva de educação alimentar se une ao campo da educação popular e utiliza de métodos e preceitos teóricos humanizantes e questionadores, através de abordagem qualitativa.

A educação alimentar em uma perspectiva crítica e inspirada em Paulo Freire, se justifica, pois, suas teorias “cruzam fronteiras” (GADOTTI, 2009, p. 9) e servem de base não apenas para educadores, “mas também para médicos, terapeutas, cientistas sociais, filósofos, antropólogos e outros profissionais”, visto que “seu pensamento é considerado um modelo de transdisciplinaridade” (GADOTTI, 2009, p. 9).

O modelo de educação proposto por Freire, busca gerar autonomia, participação ativa dos sujeitos, desenvolvimento de senso crítico quando os sujeitos da ação educativa são expostos a determinadas situações e informações, extrapola a transmissão de conhecimento, gera situações de reflexão sobre as situações cotidianas e busca soluções práticas para a resolução de problemas do cotidiano (PADRÃO; AGUIAR; BADRÃO, 2017). Todavia, para isso, necessita-se alcançar três situações, a teoria, a prática e a materialidade, ou seja, a realização prática das teorias e aprendizagens que são construídas (SAVIANI, 2003).

A educação crítica e problematizadora necessita ser permeada por diálogo, sendo este uma condição fundamental para realizar a prática educativa, além disso, é o lugar de fala dos sujeitos históricos, que têm suas culturas e diferentes formas de ver e viver no mundo. Nesse sentido, nós, enquanto mediadores desse processo, precisamos sensibilidade para ouvir e instigar a construção do conhecimento, os questionamentos, as reflexões dos sujeitos, logo, todo esse processo se dá por meio do diálogo.

O diálogo é permeado por palavras, as quais detêm signos, significados e também reflexões. Elas contêm significados, memórias, sentimentos, razões, saberes (científicos ou populares) que necessitam ser traduzidos, interpretados e refletidos. A partir de uma palavra conseguimos construir múltiplas palavras, múltiplos signos, muitas informações e o próprio diálogo. Pacheco Junior e Pacheco (2009, p. 100) mencionam que através da palavra cria-se um “movimento de construção de conhecimentos necessários a sua transformação. Movimento que só é possível através do diálogo e da práxis entre os seres que pronunciam o mundo, que comunicam algo entre si” (PACHECO JUNIOR; PACHECO, 2009, p. 100).

Freire (1967) sempre defendeu e falou da importância do diálogo no processo de ensino-aprendizagem. O diálogo é o guia para realizar a construção do trabalho de EAN fundamentado

na crítica e na problematização. Para Freire (1996) o diálogo permite a mediação entre os diferentes mundos e os diferentes conhecimentos, e deste modo, é possibilitada uma educação dialógica³ que também promove inquietações e curiosidades. O diálogo deve se dar em uma relação de horizontalidade, permitindo a construção coletiva do saber e também a construção gradativa da crítica e da problematização da própria realidade vivida, o que é fundamental para pensar as mudanças necessárias (FREIRE, 1996), promover a união da teoria e da prática (a práxis).

Nos atentarmos para a importância do diálogo e de como construí-lo, é essencial para a realização da educação alimentar e nutricional crítica, visto que, enquanto profissionais, nos deparamos com pessoas de diferentes grupos sociais, realidades econômicas, culturais e graus de escolarização, que desafiam ainda mais esse processo. Mas afinal, por que estudar mulheres? Quem são essas mulheres? Por que trabalhar com distintos grupos sociais?

Como mencionado no início deste capítulo, meu campo de pesquisa sempre esteve ligado a um grupo de mulheres em processo de envelhecimento (35 a 65 anos), adstritas em Estratégias de Saúde da Família, do Sistema Único de Saúde (SUS), no município de Ijuí-RS onde enxerguei realidades duras em relação ao acesso (e não acesso), que iam muito além da alimentação. Muitas destas mulheres apresentavam problemas de saúde como hipertensão, dislipidemias, diabetes mellitus, problemas ósseos e outras patologias.

Nesse sentido, despertei para a possibilidade de realizar um trabalho diferenciado do modelo tradicional em que me formei e vinha desenvolvendo, o qual considerou as diferentes realidades econômicas, culturais e sociais, bem como os saberes prévios, as limitações, e principalmente, os seus interesses de aprendizado. Apesar das diferentes condições de vida e sociais serem impactantes sobre o processo saúde/doença, o processo de envelhecimento e a fase do climatério são questões comuns e inerentes às mulheres que também interferem sob diversos aspectos na saúde e qualidade de vida, como já mencionado. Contudo, é importante considerar que nas mulheres em piores condições de vida, os sintomas e interferências do climatério (esgotamento ovariano) promovem maiores desconfortos e alterações sobre a saúde (KARAÇAM; SEKER, 2007).

Essas distintas perspectivas apontam os desafios em se trabalhar com diferentes grupos e realidades sociais. Para além dos contrastes sociais, tenho um desafio ainda maior, o de trabalhar a educação nutricional de um modo dialógico e problematizador e o fato de ter sido formada sob um modelo de base clínico, tecnicista, prescritivo e biomédico.

³ Esse tema será abordado em um capítulo específico.

Para além destas questões, não posso deixar de mencionar alguns motivos que me levam a trabalhar com as mulheres: um deles, se dá pelo importante papel histórico que elas têm sobre a alimentação e nutrição, desde a amamentação, até a nutrição da família. Outro, diz respeito ao legado das mulheres ao longo dos séculos, em cultivar, selecionar e perpetuar as sementes, raízes, flores e chás, atos que se traduzem em cura, cuidado e amor e, por fim, o fato das mulheres adultas maduras e idosas, estarem em uma fase de modificação do corpo e da saúde mediante o declínio dos estrógenos femininos.

1.1 PESQUISA EM TEMPOS DE PANDEMIA

Os anos de 2019, 2020 e 2021 foram atravessados por um cenário caótico, emergente e severo na saúde pública no mundo mediante o surgimento de um vírus altamente contagioso e perigoso (letal), o vírus da SARS-Covid-19. O elevado contágio pelo vírus e a sua alta letalidade gerou imagens de guerra nos hospitais e nos cemitérios, com sepultamentos em massa. A pandemia agravou muito as questões sociais, reduzindo ainda mais os direitos básicos e mínimos da população, trouxe insegurança, desemprego e medo sobre o futuro.

Entre as mudanças mais marcantes trazidas pela pandemia esteve o uso de máscara e álcool em gel e o isolamento social. A necessidade de isolamento para o controle da disseminação da doença, sem dúvida gerou muitas polêmicas e inviabilizou ou alterou muitos projetos de vida, viagens, trabalho e também as pesquisas científicas, que em alguns casos foram inviabilizadas ou tiveram que ser adaptadas.

No projeto inicial desta tese, pretendia-se realizar um trabalho de educação alimentar e nutricional crítico (Pesquisa-Ação), com mulheres com idade igual ou superior a 50 anos, presencial e coletivo (grupos), o que se tornou inviável no período pandêmico. Para viabilizar a pesquisa, foram realizadas algumas adaptações, como passar do presencial para o virtual, de trabalho em grupo para individual (Estudo de Múltiplos Casos). Essas mudanças resultaram, portanto, em uma mudança metodológica. Não obstante, me deparei com novas questões Éticas acerca de pesquisas em ambiente virtual.

Mediante os diversos desafios, nos capítulos seguintes, pontuo questões mais específicas da tese: 2 Problema; 3 Objetivo Geral; 3.1 Objetivos Específicos; 4 Justificativa; 5 Bases Teóricas; 6 Resultados/Produtos do Trabalho Teórico; 7 Caminho Metodológico; 8 Resultados; 9 Conclusão; e por fim, Referências, seguido de Apêndices e Anexos.

Uma semente na terra...

A semente foi selecionada entre as demais sementes que estavam à espera de um semeador. O ingresso no doutorado nos insere em um mundo de pesquisa, que é movido o tempo todo, pelo nosso objetivo. Para mim, a construção do objetivo é o que impulsiona, é a semente na terra.

2 PROBLEMA

Quais resultados podem ser produzidos a partir de um programa de Educação Alimentar e Nutricional (EAN) crítica embasado em uma perspectiva freiriana com mulheres adultas maduras e idosas de distintas classes sociais, em ambiente virtual?

3 OBJETIVO GERAL

- Analisar as implicações de um processo educativo crítico em EAN, em ambiente virtual, na saúde de mulheres adultas maduras e idosas de distintas classes sociais, vinculadas ao Sistema Único de Saúde.

3.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Fazer uma revisão do estado da arte dos tipos e métodos de educação nutricional realizados com mulheres.
- Compreender as relações das mulheres com a alimentação, crenças e significados nas diferentes classes sociais.
- Compreender/Refletir como ocorrem os processos de educação alimentar e nutricional nas diferentes realidades sociais e de escolaridade, aspectos relevantes do trabalho.

Por que semear essa semente?

Com tantas árvores já existentes, fortes, robustas e com tantas variedades, será que vale a pena fazer todo o processo? Ou seja: com tantas pesquisas já existentes e com tantos dados já consolidados, será que esse estudo tem relevância? Será que vale a pena esse trabalho?

4 JUSTIFICATIVA

O campo da nutrição em um sentido amplo se preocupa com a culinária, alimentos e seus nutrientes, a saúde e doenças relacionadas à alimentação e no campo social, com questões envolvendo a alimentação e nutrição em nível populacional. Segundo Canesqui e Garcia (2005), questões econômicas e do próprio social parecem ser reduzidas a fatores de ordem biológica das doenças e do estado nutricional (obesidade ou desnutrição), ao passo que não se recriam “novas perspectivas de leituras e compreensão dos problemas alimentares e nutricionais” (p. 12).

A comida indica o modo e o estilo como as pessoas se alimentam e, portanto, a forma e o que se come, ao passo que define quem a ingere, constituindo uma identidade (MACIEL, 2005). Os comportamentos⁴, os modos como as pessoas se portam, como comem, onde, o que comem estão também imbricados no *habitus* (BOURDIEU, 2002). Pimentel e Cravo (2005) mencionam que para cada faixa etária, assim como para cada classe social, ocorrem importantes diferenciações e modificações do modo de se alimentar. Os alimentos são passíveis de escolha e também podem ser associados ao bem-estar e a uma forma de *status*, contudo, em população de baixo poder aquisitivo, a escolha se dará em detrimento do menor preço, não significando *status*, e sim sobrevivência.

Pons (2005, p. 103) afirma que entre as populações de baixa renda os “produtos geralmente veiculam excesso de carboidratos simples e gordura, em contrapartida, consome-se pouca quantidade de hortaliças, frutas e verduras”, que além da questão do valor econômico, não são considerados comida, por “não sustentarem” ou não saciarem, serem considerados “apenas” um complemento (PIMENTEL; CRAVO, 2005). A respeito disso, Pimentel e Cravo (2005), afirmam que:

[...] o pobre tem necessidade de sentir-se de barriga cheia, e isto ele só obtém por meio de arroz, feijão, macarrão, alimentos gordurosos, desvalorizando as 'misturas' (peixe, galinha, legumes, frutas), que são alimentos considerados leves, complementares, mas preferidos pelos ricos. A 'mistura' ou uma comida variada pode, eventualmente, ocorrer no domingo, marcando assim o tempo de lazer, o tempo do não-trabalho, das reuniões familiares (p. 64).

⁴ Comportamento alimentar refere-se a “procedimentos relacionados às práticas alimentares de grupos humanos (o que se come, quanto, como, quando, onde e com quem se come; a seleção de alimentos os aspectos referentes ao preparo da comida) associados a atributos socioculturais, ou seja, aos aspectos subjetivos individuais e coletivos relacionados ao comer e à comida (alimentos e preparações apropriadas para situações diversas, escolhas alimentares, combinações de alimentos, comida desejada e apreciada, valores atribuídos a alimentos e preparações e aquilo que pensamos que comemos ou o que gostaríamos de ter comido” (GALISA *et al*, 2015, p. 42).

As comidas “fortes” que “sustentam”, que saciam a fome por longas horas, em detrimento do maior tempo para digestão e absorção, como carne vermelha, banha de porco, torresmo são pertinentes para muitos públicos. Contudo, para além de uma questão de necessidade, ou de hábito alimentar, essa forma de se alimentar também indica um *habitus*, cujos excessos e a depender do público, poderá resultar em malefícios à saúde, aliado ao baixo consumo de frutas, verduras e legumes, essenciais para o organismo.

Pimentel e Cravo (2005, p. 67) enfatizam que

Os hábitos alimentares obedecem a um código não só econômico ou utilitário, mas principalmente simbólico. É necessária, portanto, uma conscientização por parte dos especialistas da saúde para que se entendam as especificidades das situações consideradas, as quais sempre passam pela dimensão simbólica dos grupos.

Compreender as diferentes realidades, trabalho, situação econômica, a cultura dos indivíduos é uma questão primordial que deve ser considerada pelos profissionais. Se por um lado, há a identificação de hábitos/comportamentos alimentares não saudáveis e que estes podem ser desencadeadores de doenças, por exemplo, por outro, é importante lembrar que a alimentação e os modos de se alimentar envolvem questões complexas: identidades, questões econômicas, prazeres, cultura, que são formados ao longo de muitas décadas, e que, portanto, o trabalho de intervir, de tentar modificar alguns desses hábitos também será complexo.

Cabe aos profissionais pensarem formas oportunas e respeitadas na abordagem da questão alimentar, a fim de “evitar uma postura dominadora, em que o seu saber científico é o verdadeiro e o do cliente é ignorante ou rebelde” (PIMENTEL; CRAVO, 2005, p. 67), bem como, permitir que os temas e os conhecimentos sejam construídos, e não levados prontos aos participantes/usuários.

Nesse sentido, as metodologias de ensino e a formação de nutricionistas, em especial, no que se refere à prática de atuação profissional deve ser repensada, como por exemplo, nos próprios campos de estágio. Entre outros aspectos que necessitam ser revistos, está a formação fragmentada, o modelo científico baseado em métodos puramente quantitativos e a baixa ou isenta aproximação com campos da sociologia e educação (BOOG, 2013).

Rever ou modificar a formação e atuação profissional, refere-se a repensar os modos de como estamos atuando diante dos mais diversos públicos e das mais diversas demandas. Oficinas de educação em nutrição, em muitos casos, são muito mais um depósito de informações sobre algum tema, do que seu sentido amplo, que é questionar, promover reflexões e conscientização. O trabalho de atuação individualizado e clínico, engessado em depósito de

informações, prescrições e proibições que, de modo geral, tendem a logo serem abandonados ou desconsiderados, em especial quando estamos falando de pessoas mais velhas.

Ao trabalhar com pessoas adultas maduras e/ou idosas não podemos deixar de levar em consideração a resistência à mudança dos hábitos alimentares e estilo de vida, afinal, durante cinco, seis, sete ou mais décadas de suas vidas, viveram de um determinado modo, comeram de determinada forma, trazem fortemente suas culturas, seus hábitos e *habitus*, que simplesmente não podem ser anulados, todavia, necessitam ser modificados quando estes são prejudiciais à saúde, o que não é uma tarefa simples, porque simplesmente “cortar” ou proibir não resolve.

Nesse sentido, a aproximação com o trabalho de Freire (1987) torna-se uma importante referência, tendo em vista sua capacidade de trabalhar com o público adulto e idoso, ao alfabetizar trabalhadores em idade avançada, além de provocar inquietações/reflexões sobre suas trajetórias, que os levava a modificar suas concepções, visões de mundo.

O trabalho com mulheres adultas maduras e idosas, nessa perspectiva, é uma oportunidade de aprendizado mútuo (meu e delas) que vai além das questões sobre a alimentação. É uma possibilidade de mudar concepções, conhecimentos e fazer trocas culturais e, ao mesmo tempo, quebrar alguns paradigmas através de problematizações, que poderão resultar em reflexão, autonomia, conscientização e mudanças de comportamentos alimentar.

Freire (1987, 1997) ao longo de sua trajetória revolucionou o modo de ensinar, utilizando alguns preceitos como amorosidade, horizontalidade, diálogo, criticidade, reflexão e conscientização. Para que possamos realizar um trabalho de conscientização, dentro e através de um “programa” de educação alimentar, precisaremos primeiro desconstruir alguns conceitos e formas de atuação ligadas à formação de base (engessados), bem como nos apropriar de conhecimentos que dizem respeito às questões pedagógicas críticas. Além disso, precisaremos compreender os diferentes contextos e realidades sociais, questões culturais e econômicas dos(as) participantes/usuários(as).

Neste ponto, é importante trazer, mesmo que de forma sucinta, o conceito de classe social, cujas discussões iniciam no século XIX através dos filósofos Karl Marx (1818-1883) e Friedrich Engels (1820-1895). A defesa principal da ideia da teoria de Marx e Engels, ocorre a partir da ideia de que classe é um produto da burguesia, cuja principal divisão se dá em torno de dois principais estratos, classe operária (proletariado) e a burguesia (classe capitalista) (MARX; ENGELS, 2007).

Na obra clássica do autor, “O Capital”, publicado pela primeira vez em 1867, Marx menciona a existência de outras divisões de classes anteriores ao capitalismo, os “patrícios e plebeus, servos e senhores feudais” (CARDOZO, 2017). Marx (CARDOZO, 2017) defende que são as condições econômicas das pessoas que transformam a massa do país em trabalhadores, criando por meio da dominação do capital, uma situação comum e interesses comuns. O trabalho de Marx e Engels nesse sentido foi essencial para pensar a estruturação principal da sociedade, a crítica ao capitalismo e aos efeitos do mesmo aos trabalhadores (da classe operária).

Sob outra vertente de pensamento, entre o século XIX e XX, o economista alemão Karl Emil Weber (1864-1920), defende que as classes se estratificam de acordo com duas principais formas: entre quem produz bens e quem adquire bens (LEMOS, 2012). Para Weber (1974) as classes sociais são representadas por distintos modos e condições de vida em sociedade, onde grupos de pessoas possuem em comum semelhantes oportunidades que cursam com interesses de cunho econômico e posse de bens, oportunidades de renda e de condições do mercado de trabalho.

Já no século XX, outro importante pensador, o historiador inglês Edward Thompson (1924-1993), traz outras discussões e conceitos sobre classe, bem como críticas aos conceitos de Marx e Engels. Thompson (2011, p. 10, *apud* CARDOZO, 2017) afirma que “a experiência de classe é determinada, em grande medida, pelas relações de produção em que os homens nasceram – ou entraram involuntariamente”. E, adicionalmente, defende que “o fator econômico é importante, porém o cultural é igual ou superior à formação da classe”, uma vez que “a classe é uma formação tanto cultural como econômica” (p.10).

O sociólogo francês Bourdieu, embora não chegou a formular uma definição operativa do termo “classe” (RILEY, 2018), faz uma divisão primária entre “aqueles com capital total alto ou baixo” e dentro de cada uma dessas classes, “uma diferenciação subsequente entre aqueles com uma proporção maior de capital econômico ou cultural” (RILEY, 2018, p. 81).

A tese geral de Bourdieu (1984) é a de que a classe dominante, caracterizada como detentora de elevado capital cultural e econômico, possui um “gosto pela liberdade”, ao passo que a classe dominada, caracterizada pelos grupos de pequeno capital total, possuem um “gosto pela necessidade” (BOURDIEU, 1984), ou seja, as aquisições ocorrem em torno da sobrevivência e segurança, principalmente. A detenção de determinados produtos e/ou marcas se tornam uma necessidade (materialismo), enquanto na classe dominante, a cultura, as viagens, por exemplo, são objeto de desejo ou necessidade.

Para Bourdieu, a classe social não é definida por propriedade, nem pela coleção de propriedades, a exemplo do sexo, origem social ou étnica, renda, escolaridade, idade, nem pela posição nas relações de produção, mas sim, “pela estrutura das relações entre todas as propriedades pertinentes que confere valor específico a cada uma delas e aos efeitos que elas exercem sobre as práticas” (BOURDIEU, 1984, p. 105). De acordo com Bourdieu (2002), a classe se estabelece entre os diversos grupos, em que, os agentes, colocados em condições e condicionamentos semelhantes, apresentam atitudes, interesses, práticas e tomadas de posições semelhantes.

Bourdieu, ao falar de classes, não utiliza o conceito e as categorias marxistas ligadas à luta de classes, mas não as abandona por completo, ele defende que existe uma dominação de classes que ocorre sempre mediante violência bruta ou simbólica (BOURDIEU, 2001). Para falar das classes, Bourdieu interliga dois dos seus conceitos, o *habitus* e o campo, onde existe uma dinâmica social que é regida por lutas, relações de força e distribuição específica de capital (THIRY-CHERQUES, 2006).

Segundo Bourdieu (1987) é através do *habitus* que os agentes agem de forma inconsciente nos campos e também onde as regras do que é possível e não é possível fazer em determinado campo, o que podemos ou não desejar no nosso grupo social e o que é necessário e possível para manter nossa vida (BOURDIEU, 1987) dentro daquela posição (classe). As posições de classe ocorrem principalmente em relação ao volume e estrutura (de capital) que indicam as posições no espaço social. A classe dominante, por exemplo, representada pela burguesia, e a fração dominada (classe dominada), representada por operários não-qualificados.

Dentro dos sistemas de disposição das classes, Bourdieu, através de suas pesquisas demonstrou que as frações dominantes da sociedade escolham e seus herdeiros, e assim a perpetuavam. A posição nas classes cursa com o *habitus* do campo, sendo resultado de um “conjunto complexo de ações infraconscientes, de cada um dos agentes e cada uma das instituições dominantes sobre todos os demais” (BOURDIEU, 1996, p. 52). Segundo Bourdieu (1996, p. 52), “os agentes e instituições dominantes tendem a inculcar a cultura dominante, de modo a reproduzir o *habitus*, as desigualdades sociais nas maneiras de falar, de trabalhar, de julgar”.

O sistema de classes é ainda mantido pela burguesia através da escola, onde reproduzem-se e sustenta-se a cultura burguesa, através de “códigos comportamentais, linguísticos e intelectuais”, necessárias à manutenção do sistema através das crenças compartilhadas no campo que, por sua vez, também são aparelhos de dominação, à medida que

permite apenas os agentes da burguesia frequentá-lo. A vida em sociedade é governada por interesses específicos do campo, em cada campo existem interesses que são fundamentais e comum a todos os agentes que são inerentes à própria existência do campo (sobrevivência), aos diversos tipos de capital (cultural, social, simbólico e econômico), que são úteis para a reprodução das posições sociais (BOURDIEU, 1984). A distribuição de capital é desigual em todos os campos, implicando em permanente conflito com os agentes dominantes que procuram defender e manter seus privilégios.

Essa pequena e resumida série histórica a respeito da criação, aprimoramentos, críticas e reestruturação do conceito de classe (que segue evoluindo) mostra que, no fundo, os conceitos vão sendo modificados e moldados conforme as sociedades e estruturas sociais evoluem. Se olharmos para o Brasil, um país subdesenvolvido, com uma série de desigualdades e com muitos extremos em relação às condições de escolaridade, trabalho e renda, além das distintas e diversas regiões do país e culturas, bem como as diferenças do meio urbano e rural, definir classes e estratificá-las, torna-se um desafio quase impossível.

Nessa perspectiva, consideramos essencial no conceito de classes, considerar não apenas a renda como fator principal, mas também o grau de escolarização, questões culturais e o *habitus*, uma vez que, o modo de agir e acessar o mundo nem sempre representa fielmente uma classe propriamente dita, uma vez que as questões culturais são muito particulares e diversas, repercutindo em distintas formas de agir na sociedade.

Nesse sentido, minha maior defesa em relação à classe, apoia as ideias de Bourdieu, porém não totalmente porque o contexto histórico em que o conceito foi desenvolvido, bem como o país, são totalmente distintos. Logo, para definir classe, precisaria considerar o país em que estou, uma vez que há grandes discrepâncias entre países desenvolvidos e subdesenvolvidos, como é o Brasil. Aqui, mostro a minha limitação ao falar de classe e, ao mesmo tempo, reconheço a importância das condições mínimas e básicas de sobrevivência e dignidade humana, a importância do direito à alimentação, saúde, segurança, que é desigual, e não atinge a todos.

Apesar da complexidade e limitações ao conceito classe, ele é utilizado nesta pesquisa como forma de registrar ou destacar as desigualdades entre grupos sociais, bem como, procurar analisar de que forma esta desigualdade impacta na questão alimentar e nutricional. Algumas pesquisas (OLIVEIRA, 2017; JAIME *et al.*, 2011) envolvendo classes sociais e a saúde já demonstram que o estado nutricional e o estado de saúde são piores nas populações (homens e mulheres) de baixa classe social. Um estudo (FERREIRA; BENICIO, 2015) com população

feminina com maior poder aquisitivo, mostrou que a chance das mulheres terem obesidade reduz com o aumento da renda. Na pesquisa de Hosseinpoor *et al.* (2012), os autores evidenciaram que o bom estado de saúde está associado com maior renda, nível educacional e trabalho.

O estado nutricional também está associado a fatores socioeconômicos (escolaridade e renda, entre outros), cuja constatação se deu através do acompanhamento de coortes por pesquisadores (BANN *et al.*, 2017; SINGH *et al.*, 2011). Os autores mostraram que os indivíduos que viviam em uma situação socioeconômica desfavorecida tinham valores de Índice de Massa Corporal (IMC) mais elevados, em especial entre as mulheres (associação mais forte dos dados). Além disso, eles evidenciaram que havia desigualdade no estado nutricional (IMC) entre as mulheres da classe social baixa em relação à alta, havendo maior prevalência entre as mulheres de classe social baixa.

Embora os estudos demonstrem um pior perfil de saúde e estado nutricional em populações de menor poder aquisitivo, não significa que os grupos sociais com populações de melhor condição socioeconômica devam ser ignorados. Nas classes mais altas também haverá indivíduos com excesso de peso e problemas de saúde/nutricionais que podem ocorrer em virtude de sedentarismo, etilismo, tabagismo (BRASIL, 2008), questões fisiológicas do envelhecimento (FREITAS *et al.*, 2013; XU; KIRKLAND, 2016), alimentação, entre outras questões. Daí a importância de estudar as distintas classes sociais, de distinguir as diferenças e similaridades entre elas em relação à saúde e a alimentação, como ocorrem, sua frequência, e as formas de como trabalhar ou intervir em cada um dos grupos sociais.

O estudo nas diferentes classes sociais, nesse sentido, é relevante para compreendermos possíveis diferenças e semelhanças nos hábitos e comportamentos alimentares, acessos ou privações, bem como as particularidades ou facilidades no processo de ensino-aprendizagem existentes entre os distintos grupos sociais. Destaca-se também a necessidade de identificar os principais problemas, vantagens e desvantagens em cada uma delas, bem como as diferenças ou semelhanças no padrão de saúde das participantes, entre outras questões que podem auxiliar no desenvolvimento do trabalho de educação alimentar e nutricional crítico.

Para além das particularidades entre as distintas classes sociais, não pode ser ignorado o fato de que mulheres envelhecidas (no período do climatério), comumente apresentam maiores problemas de saúde, em especial, na peri e pós menopausa⁵, como alterações no estado

⁵ O período do climatério que corresponde a três principais fases, a pré, peri e pós-menopausa, sendo a pré a fase inicial, que inicia por volta dos 35 anos, a peri menopausa, quando acentua-se o declínio dos estrógenos e corre a sintomatologia (ondas de calor, sudorese, ganho ponderal, insônia, etc) e a pós menopausa, que é considerada

nutricional (EN), como o sobrepeso e obesidade, alterações metabólicas, como as dislipidemias, hipertensão arterial, resistência insulínica (LIBERMAN, 2013), entre outros agravos relacionados com o hipoestrogenismo e às próprias condições sociais como, por exemplo, os determinantes sociais da saúde.

Os determinantes sociais são os “fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população” (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007, p. 78). Entre os determinantes das condições de adoecimento estão os fatores intrínsecos como herança genética e idade, e também condições de cunho socioeconômicas, culturais e ambientais gerais como condições de acesso e produção de alimentos, educação, ambiente de trabalho, condições de vida e de trabalho, desemprego, acesso à água potável e esgoto, acesso a serviços sociais de saúde e habitação (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007).

Todos esses fatos, reforçam a importância de olharmos para os indivíduos em sua totalidade, levando em conta sua história de vida, a situação de saúde, a situação sociodemográfica e socioeconômica, visto que a baixa renda e baixa escolaridade são importantes fatores interferentes sobre a saúde.

A baixa instrução e as condições econômicas desfavoráveis interferem sobre as escolhas e acessos alimentares, sobre o estilo de vida, que por sua vez, pode propiciar condições de desenvolvimento da obesidade, dislipidemias e outros fatores de riscos para o desencadeamento de doenças, entre elas as DCV (BORSATO; POLL, 2015). A identificação (precoce) de riscos cardiovasculares torna-se essencial não apenas para identificação da presença ou não da doença (SIMÃO *et al.*, 2013), mas também a possibilidade de tratamentos precoces, não invasivos, entre os quais está a educação alimentar e nutricional.

Pesquisas e modelos de atuação nutricional que envolvem a educação alimentar e a prevenção e/ou tratamento de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT)⁶ não são novidades, visto que já foram trabalhadas por muitos pesquisadores (CERVATO *et al.*, 2005; FERRER, 2016; FRIEDRICH; GOLUCH-KONIUSZY, 2017). Contudo, um trabalho de EAN com

Após 12 meses ininterruptos do cessamento dos ciclos menstruais (CONSENSO NACIONAL SOBRE MENOPAUSA, 2016, p. 13).

⁶ Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT): Doenças que são caracteristicamente não-infecciosas na sua origem e que não se transmitem de um indivíduo afetado a outros. Os quatro tipos principais de doenças não transmissíveis são as DOENÇAS CARDIOVASCULARES (por exemplo, ataques cardíacos e infartos), CÂNCER, doenças respiratórias crônicas (por exemplo, COPD e ASMA) e DIABETES MELLITUS”. (DeCS, 2019).

mulheres adultas maduras e idosas, em um contexto crítico-problematizador, considerando diferentes classes sociais, por meio de ambiente virtual, se torna um diferencial.

O trabalho de EAN é, por si, uma importante ferramenta de promoção da saúde e prevenção de agravos. Segundo Brandão *et al.* (2009) ele possibilita a “recuperação, prevenção e tratamento de patologias” além de “fomentar a promoção de práticas alimentares saudáveis na população em geral”. Contudo, esse trabalho tem sido pautado em um contexto quase sempre clínico, ou superficialmente humanizador, conforme pudemos constatar no aprofundamento do estudo (CONTE; DOLL, 2021) da literatura científica.

De acordo com Pulga Daron (2009, p. 7), existe a necessidade de “pensar a saúde a partir da dinâmica complexa da vida”, centrado na vida e no cuidado com os sujeitos a partir de acolhimento, afeto, respeito às diferenças, práticas estas que “são construtoras de um novo jeito de fazer saúde, de cuidar da vida e do ambiente”.

A EAN pode ter alcances múltiplos e nas mais diversas populações, ou seja, em nível individual e/ou coletivo e aos distintos grupos etários, contudo, de modo geral, a EAN tem sido feita de modo sistemático. Segundo Cruz e Melo Neto (2014, p. 1369) educação alimentar “sempre esteve mais próxima da instrução, voltada a técnicas e procedimentos, em lugar do envolvimento dinâmico e compreensivo com a teia complexa e multifacetada da cultura humana”.

A quebra de paradigmas ou desse modelo biomédico e tecnicista é um movimento ainda recente e pouco trabalhado entre os profissionais já formados, bem como na própria formação na universidade, dentro dos cursos da área da saúde, incluindo a nutrição. Se por um lado avançamos em relação a políticas públicas de alimentação e nutrição e de segurança alimentar e nutricional (BRASIL, 2017), por outro temos muito que avançar enquanto ciência, não no sentido clínico, mas humano.

Uma perspectiva de ensino ‘mais humanizante’, que pode ser chamada de problematizadora ou crítica, visa a compreensão da realidade vivida e da capacidade de desenvolver reflexões e posteriormente mudanças nos modos de vida, além de “realizar conexões entre as práticas educacionais e culturais e a luta pela justiça social e econômica, direitos humanos e uma sociedade democrática” com a finalidade de “ampliar as compreensões críticas e as práticas libertadoras, com o objetivo de buscar transformações sociais e pessoais progressistas” (TEITELBAUM, 2011, p. 349).

A pedagogia crítica proposta por Freire se fundamenta na capacitação de estudantes e professores para desenvolvimento de uma compreensão crítica e consciente da sua relação com

o mundo (GIROUX, 1997). Segundo Giroux (2003, p. 308) a “pedagogia crítica precisa de uma linguagem que permita solidariedades e vocabulários políticos que não reduzam os problemas de poder, justiça, luta e desigualdade para um único roteiro”⁷. Além disso: “precisa criar novas formas de conhecimento por meio de sua ênfase na desintegração dos limites disciplinares e na criação de novos espaços onde esse conhecimento possa ser produzido”⁸ (GIROUX, 2003, p. 308).

A pedagogia crítica é um modelo de ensino questionador, não padronizado e não hegemônico de educação, que se preocupa e se volta aos problemas sociais e a uma sociedade desfavorecida socialmente e, para isso, ancora-se no questionamento da realidade dos sujeitos, reflexões, tomada de conscientização e de decisões que levarão à ação (práxis) e a mudanças na realidade dos sujeitos envolvidos.

Na área da nutrição este novo processo de formação profissional serve então como base para uma atuação profissional não “bancária”, não depositária de informações, em que os sujeitos e não apenas “doentes ou pacientes” sejam também ouvidos, sejam protagonistas no processo de ensino-aprendizagem, trazendo suas realidades, seus saberes, suas visões de mundo.

Esse formato de trabalho busca não apenas o conhecimento a respeito de questões que envolvem a saúde, a alimentação/nutrição, mas também a reflexão da realidade vivida, do que comem, porque se alimentam de uma determinada maneira, porque detém determinados hábitos e a partir dessas problematizações, o início de um processo reflexivo e de conscientização sobre o modo de se alimentar, que, no que lhe concerne, podem repercutir em mudanças práticas dos seus comportamentos alimentares, e conseqüentemente sobre o estado nutricional e a saúde.

A nutricionista Maria Cristina Boog, ao final dos anos 1990, já considerava o modelo pedagógico de Freire essencial para as práticas de educação alimentar, haja visto a necessidade de trabalho pautado na escuta dos sujeitos e no diálogo, considerando os saberes e as realidades das pessoas, criando problematizações e a partir delas, reflexão e emancipação, e não os isentando desde processo, a exemplo de quando se trabalha apenas com base em prescrições e depósito de informações.

Boog (1997, p.14), nesse sentido, menciona que não é

[...] possível pensar uma “educação” nutricional desvinculada de um profundo encontro entre homens instaurado através do diálogo, do ouvir o educando para poder falar com ele. O tecnicismo presente nos textos analisados não privilegia nem a formação do educador nem a compreensão do educando. Apresenta-se como um

⁷ Tradução livre

⁸ Tradução livre

discurso do qual os sujeitos se ausentaram. Monólogo que trata das técnicas de Educação Nutricional sem se ater aos fatos relativos à alimentação e seus significados na vida das pessoas. A educação tem que ser libertadora e conscientizadora.

Para além das questões relacionadas à importância de se trabalhar em uma perspectiva crítica na área da saúde, que permita escuta e também o reconhecimento dos saberes populares, se faz necessário, nos descolonizar dos saberes puramente técnicos, clínicos e hegemônicos. Em outras palavras, não significa dizer que iremos anular os saberes científicos construídos e aprendidos ao longo de nossa formação e atuação, mas sim, permitir incorporar, discutir e problematizar os saberes populares (não científicos) que tendem a ser ignorados e anulados.

Boaventura de Sousa Santos (2008) critica o modelo de racionalidade totalitário e utilitário produzido ao longo das últimas décadas, visto que ao passo que valoriza apenas os saberes positivistas, anula todas as demais formas de conhecimento que não são pautadas nos moldes da ciência eurocêntrica/norte-americana. Nas palavras de Santos (2008, p. 31) o “determinismo mecanicista é o horizonte certo de uma forma de conhecimento que se pretende, utilitário e funcional, reconhecido pela capacidade de compreender profundamente o real do que pela capacidade de o dominar e transformar”.

Como solução ou fuga de um modelo positivista, imediatista, mecanicista, Santos nos propõe o que chama de ecologia de saberes. A ecologia de saberes opera de forma oposta ao modelo que o autor chama de “monocultura do saber e do rigor científico” (SANTOS, 2002, p. 153). Em outro sentido, a ecologia de saberes busca identificar, valorizar e problematizar outros saberes que, de modo geral, tendem a ser ignorados, deslegitimados pelos detentores dos saberes científicos.

Santos (2002) afirma que “não há ignorância em geral, nem saber em geral. Toda a ignorância é ignorante de um certo saber e todo o saber é a superação de uma ignorância particular” (SANTOS, 2002, p. 250). Os diferentes saberes, na perspectiva de Santos, contribuem para que “práticas diferentemente ignorantes se transformam em práticas diferentemente sábias”, ao passo que supera e “substitui a monocultura do saber científico” em ecologia de saberes (p. 250), bem como, ultrapassa a ideia de que os saberes populares são alternativos aos saberes científicos.

Para Santos “o importante é identificar os contextos e as práticas em que cada uma opera e o modo como concebem saúde e doença e como superam a ignorância (sob a forma de doença não diagnosticada) em saber aplicado (sob a forma de cura)” (2002, p. 250). Do mesmo modo, Freire (1987, p. 46) nos diz que “não há ignorantes absolutos, nem sábios absolutos: há homens que, em comunhão, buscam saber mais”. Quando não há abertura para a escuta, para os saberes

populares, permitimos que apenas um único saber prevaleça, a exemplo dos saberes técnicos/científicos, ocorre o que Freire denomina de invasão cultural.

De acordo com Freire (1987, p. 49)

não podemos, a não ser ingenuamente, esperar resultados positivos de um programa, seja educativo num sentido mais técnico ou de ação política, se, desrespeitando a particular visão do mundo que tenha ou esteja tendo o povo, se constitui numa espécie de “invasão cultural”, ainda que feita com a melhor das intenções

Deste modo, busquei realizar um trabalho não depositário, que não ignorasse os saberes e as distintas visões das mulheres envolvidas nas ações educativas. Freire, reconhece que a síntese cultural “não nega as diferenças entre uma visão e outra” mas, sim, fundem-se uma na outra. O que não se pode admitir, segundo ele, é “a invasão de uma pela outra” (1987, p.106) uma vez que, uma dá aporte à outra.

Nesse sentido, esse projeto buscou trazer contribuições da educação e sociologia para a área da nutrição, em especial voltada à metodologia, ao utilizar a pedagogia crítica no subcampo da educação alimentar e nutricional, com mulheres adultas maduras e idosas de distintas classes sociais, em período de isolamento social. Este trabalho mostra-se como um tema atual e de relevância para a saúde pública, para a educação e áreas afins, e pode contribuir para mudanças na atuação profissional e modos de realizar as ações educativas no campo da saúde.

Para que se tornasse possível trabalhar com metodologia qualitativa precisei adentrar em um campo que tive pouco contato na graduação, no curso de nutrição, assim como quase que unanimemente todos os profissionais formados no campo da saúde: o campo da educação, com a finalidade não só de compreender métodos, ou seja, como ensinar e aprender, mas também, como trabalhar (atuar) de modo crítico-problematizador. Então questiono, como fazer isso? Como ensinar ou desmistificar alguns hábitos e saberes incorporados?

Para além dessas questões é importante investigar ainda, como a alimentação pode impactar sobre as diferentes formas de envelhecimento, juntamente com as questões sociais, ou seja, dentro da perspectiva das diferentes desigualdades intra e interindividuais. Obviamente que nem todas essas inquietações serão possíveis de serem investigadas neste estudo, mas em parte podem nos ajudar a compreender algumas delas, bem como nos desprender um pouco do campo puramente clínico e quantitativo.

A germinação da semente e crescimento inicial

A semente foi colocada na terra e é vital que seja cuidada e regada. A água, o solo e seus nutrientes fizeram a semente germinar. O cuidado constante, a adubação e a hidratação possibilitaram ao pequeno e ainda frágil broto se desenvolver e ficar mais forte. Ao longo do tempo, o curso de algumas disciplinas, o estudo constante, o contato com professores, a prática com a pesquisa, as orientações, a escrita individual e coletiva auxiliaram no processo de aprofundamento teórico dos principais temas que englobam esta tese.

5 BASES TEÓRICAS

Neste ponto da tese, trago algumas das bases teóricas que auxiliam no entendimento e embasamento dos temas, os quais fornecem subsídios para melhor compreender como eles se cruzam. Há quatro principais bases teóricas que sustentam essa pesquisa, estando entre elas: O envelhecimento, o *habitus*, a Pedagogia Crítica e a Educação Alimentar e Nutricional (EAN). Inicialmente, é realizada uma visão geral sobre envelhecimento, condições sociais e como eles influenciam a saúde (5.1.1). Posteriormente são trabalhadas questões específicas sobre o envelhecimento feminino (5.1.2). Na sequência, trago uma abordagem do envelhecimento sob uma perspectiva mais ampla, fora do contexto biológico (5.1.3). Por fim, a teoria crítica no contexto da educação alimentar e nutricional: contribuições de Bourdieu e Freire (5.2).

5.1 ENVELHECIMENTO, CONDIÇÕES SOCIAIS E SAÚDE

O envelhecimento populacional é um processo que vem se acentuando no Brasil (e em quase todos os países do mundo), mediante a drástica redução nos níveis de mortalidade e fecundidade. A partir da metade do século XIX no Brasil, resultou em um aumento na proporção de indivíduos idosos e redução da proporção de pessoas mais jovens (NASRI, 2008).

O aumento na expectativa de vida é um fato que não pode deixar de ser considerado no processo de envelhecimento populacional. Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), os avanços de programas sociais, como acesso à educação, saneamento básico, vacinas, evolução da indústria farmacêutica e da medicina, adicionado à implementação de programas e políticas de saúde pública, aposentadoria, direitos trabalhistas, melhora da nutrição, entre outros fatores, possibilitaram uma redução da mortalidade infantil e a elevação da média de vida. Na década de 1980, a expectativa de vida era de 62,57 anos e passou para 73,17 em 2009, no ano de 2017, alcança a média de 76 anos (IBGE, 2018).

Ao separar os dados de expectativa de vida entre os diferentes sexos, desde os primeiros levantamentos realizados pelo IBGE (ano de 1940), chama a atenção que a expectativa de vida feminina sempre foi maior que a masculina. Na década de 1940, a expectativa de vida masculina era de 42,9 anos e para as mulheres, 48,3 anos. Em 1980, os homens viviam em média até 59,6 anos e as mulheres até 65,7 anos e no ano de 2017, os dados para o sexo masculino apontaram 72,5 anos e para o feminino, 79,6 anos (IBGE, 2018). Se nos atentarmos para as diferenças entre os sexos, perceberemos que as mulheres, além de viverem mais que os homens,

aumentaram a expectativa de vida de 5,4 anos (em 1940) para 7,1 anos a mais que os homens (em 2017).

Segundo informações da Agência de Notícias do IBGE (2018), o número de idosos cresceu 18% entre os anos de 2012 a 2017, ultrapassando 30 milhões e se torna cada vez mais representativo no país, sendo a maior parcela representada por mulheres (cerca de 16,9 milhões), 56%, ao passo que o número de homens idosos é de 44%. Todas essas informações através de dados históricos mostram que as mulheres, de modo geral, vivem mais do que os homens e possuem maior expectativa de vida, além de serem mais numerosas, a chamada feminização da velhice.

A transição demográfica no Brasil indica indiretamente que houve melhoras na vida dos brasileiros, o que também possibilitou o aumento na longevidade, entretanto, ao passo que ocorre a transição demográfica, ocorre também a transição epidemiológica, que segundo Chaimowicz e Camargos (2013), se dá de modo desigual entre as diversas classes sociais e econômicas, determinando os diferentes padrões que levam os brasileiros adoecerem e morrem.

Na atualidade a principal causa de morte são as doenças cardiovasculares (SIM, 2011), estando entre os principais fatores de risco o diabetes mellitus tipo II (DM II) e a hipertensão arterial, que possuem elevada prevalência no país (BRASIL, 2017) e são responsáveis também pelo desenvolvimento doenças cerebrovasculares, insuficiência renal, problemas oculares, entre outras (FRANCISCO *et al.*, 2018). Em seguida aparecem as neoplasias, doenças por causas externas e as doenças do aparelho respiratório (SIM, 2011) que levam à redução da qualidade e expectativa de vida da população.

A respeito disso, Francisco e colaboradores (2018, p. 3830) mencionam que o desenvolvimento das “doenças e sua distribuição na sociedade decorre de fortes processos de determinação social, econômica, cultural, ambiental, política, entre outros, além de fatores individuais, tais como as características sociodemográficas e fatores comportamentais”. Os autores (*op. cit*) pontuam que os riscos cardiovasculares aumentam progressivamente com os fatores de risco simultâneos. Ou seja: a renda, escolaridade, alimentação, estilo de vida, estado nutricional (excesso de peso e obesidade), são partes importantes no processo de adoecimento e morte da população, em especial entre as populações mais vulneráveis e envelhecidas.

Os indivíduos de baixa classe social acometidos por doenças crônicas não transmissíveis recebem tratamento gratuito pelo Sistema Único de Saúde (SUS), contudo sua extensão é universal e aceita todos os públicos. O SUS, embora tenha suas fragilidades, tem sido modelo

aos demais países do mundo e por vezes, é a única forma de assistência que as baixas classes econômicas possuem.

Na atualidade esse sistema vem sofrendo graves ataques e cortes em investimentos financeiros, que promovem limitações na efetividade de trabalho. Além disso, a formação de profissionais de modo desarticulado e fragmentado limita mais ainda o cuidado (BRASIL, 2004), enquanto crescem os atendimentos por agravos crônicos, os quais também são resultantes das mudanças no cenário alimentar e estilo de vida da população ao longo das últimas décadas (LIBERMAN, 2013), os quais, ocorrem concomitantes à transição nutricional⁹ que se iniciou por volta dos anos 70 no Brasil (SOUZA, 2010).

Além das questões relacionadas às transições demográficas, epidemiológicas e nutricionais no Brasil e no mundo, existem diferenças nas questões de acesso aos programas de saúde, a depender das condições sociais das populações, repercutindo em atendimentos mais ou menos rápidos, bem como a acesso a tecnologias mais ou menos avançadas, ou seja: condições melhores ou piores, de tratar as doenças ou preveni-las, onde o acesso ocorre de modo desigual entre as diferentes classes. Na visão de Barreto (2017, p. 2098) as “desigualdades na saúde geram desiguais possibilidades de usufruir dos avanços científicos e tecnológicos ocorridos nesta área, bem como diferentes chances de exposição aos fatores que determinam a saúde e a doença e por fim as diferentes chances de adoecimento e morte”.

As condições de saúde de uma população se relacionam com o contexto social e do ambiente onde a população vive. Condições sociais, políticas, culturais, ambientais, comportamentais e de educação desfavoráveis (BRAVEMAN; GOTTLIEB, 2014), como pobreza, baixo grau de escolaridade, moradias e ambiente precário, trabalho insalubre, entre outros, afetam negativamente as condições de saúde de uma população (BARRETO, 2017). Um ambiente e condições desfavorecidas promovem estilo e hábitos de vida pouco saudáveis, como uso de tabaco, álcool, sedentarismo, acesso a alimentos baratos, isentos de valor nutricional, criando um ambiente obesogênico e de múltiplos riscos para o desenvolvimento de múltiplas doenças.

Segundo Barreto (2017) melhorias nos padrões de vida possibilitados por melhorias das condições sociais, por exemplo, são capazes de modificar as condições de saúde. As modificações dos determinantes sociais podem alterar as condições de saúde/doença das populações e do nível de saúde entre países de baixo desenvolvimento econômico, onde se

⁹ Transição nutricional: “Mudanças recentes no padrão de dieta e estilo de vida, resultantes dos processos de industrialização, urbanização, desenvolvimento econômico e globalização” (Descritores em Ciências da Saúde-DeCS).

consta um aumento das DCNT, implicando em grandes demandas sociais, econômicas e humanas que podem ser evitadas.

Barreto (2017, p. 2104) menciona que “uma das facetas das desigualdades prevalentes entre os seres humanos” gera “efeitos cruéis e danosos sobre a própria existência, refletido nas imensas diferenças na expectativa de vida ou na carga de doenças e sofrimentos”. Braveman e Gottlieb (2014, p. 23-24), nesse sentido, explicam que esses fatos ocorrem porque advêm de um

“desgaste” resultante da exposição crônica aos estressores sociais e ambientais, comumente referidos como carga alostática. A carga alostática é uma construção multicomponente que reflete mudanças fisiológicas em diferentes sistemas de regulação biológica em resposta ao estresse social e ambiental crônico [...] o estresse pode induzir respostas pró-inflamatórias, incluindo a produção de IL-6100 e proteína C-reativa, e uma menor renda e realização educacional contribuem para maior pressão arterial e perfis de colesterol desfavoráveis¹⁰.

A elevada prevalência (e incidência) de sobrepeso e obesidade é a principal “marca visível” dessa transição (nutricional), que acompanha uma elevada incidência de DCNT, já mencionadas anteriormente, que sofrem também influências dos determinantes sociais, como estilo de vida, alimentação, condições de vida, trabalho, renda, escolaridade, entre outros.

A respeito dos determinantes sociais, Fleury-Teixeira e Bronzo (2010, p. 40), mencionam que:

a exposição a agentes biológicos, químicos ou físicos danosos, a deficiência nutricional, o desgaste físico generalizado ou o esforço repetitivo e o estresse no trabalho, são características das condições sociais de pobreza ou miséria que ainda acometem a maior parte da população mundial. Além dessa maior exposição a riscos, a vulnerabilidade das populações carentes é ampliada pela deficiência no acesso à educação e aos serviços de saúde, o que reduz a sua capacidade de lidar positivamente com esses riscos. Por outro lado, também o grau de reconhecimento, o nível de autonomia e de segurança, assim como o balanço entre esforço e recompensa e entre expectativas, realizações e frustrações que os indivíduos obtêm no curso de suas vidas são igualmente determinantes das condições de saúde e acompanham do mesmo modo o gradiente social.

Apesar do impacto negativo das condições sociais de pobreza, não escolarização, trabalho precário, insegurança alimentar, entre outras condições alimentares negativas que repercutem sobre a saúde dos indivíduos, essas condições, ao serem modificadas, modificam também os riscos (O’RAND, 2016). Quando falamos de obesidade e doenças crônicas estamos falando de agravos de origem multifatorial que inclui os determinantes sociais, que podem ser mutáveis (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007), todavia, há também fatores que não são modificáveis, como os fatores genéticos (herança genética) e biológicos, estando entre eles o processo de envelhecimento.

¹⁰ Tradução livre

O avanço da idade promove mudanças biológicas, fisiológicas e hormonais (XU; KIRKLAND, 2016) que por si, alteram a capacidade do organismo em manter em pleno funcionamento sua função imune, promovendo, por exemplo, a chamada imunossenescência, sendo este um processo natural do envelhecimento que também interfere sobre a saúde.

Uma das condições naturais e resultantes da imunossenescência é inflamação crônica de baixo grau não associado à infecção (XU; KIRKLAND, 2016) que favorece a elevação de citocinas pró-inflamatórias e outros mediadores inflamatórios como interleucina-6 (IL-6), fator de necrose tumoral- α (TNF- α), e proteína C-reativa (PCR) entre outros agentes. Estes estão relacionados com o desenvolvimento de doenças cardiovasculares, câncer, diabetes mellitus tipo II (DM II), doenças ósseas, neurodegenerativas, entre outras (XU; KIRKLAND, 2016). Segundo Xu e Kirkland (2016, p. 173) a “perda de controle do processo inflamatório durante o envelhecimento é um fator-chave que promove o declínio funcional e o surgimento de doenças crônicas”¹¹.

Ao estudar os distintos campos que interferem sobre o processo saúde-doença, percebemos que o desenvolvimento de um envelhecimento sadio, também chamado de senescência¹², ou de um envelhecimento com adoecimento, denominado senilidade¹³, ocorrem consoante às muitas interações e interferências ambientais, sociais, econômicas, culturais, ou seja, de condicionantes sociais, mas também de hábitos individuais, de questões fisiológicas do próprio envelhecimento.

5.1.1 ENVELHECIMENTO BIOLÓGICO

Ao nos depararmos com conceitos sobre o envelhecimento em nível biológico, a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) (2003, p. 30), define o tema da seguinte maneira:

Envelhecer é um processo sequencial, individual, acumulativo, irreversível, universal, não patológico, de deteriorização de um organismo maduro, próprio a todos os membros de uma espécie de maneira que o tempo o torne menos capaz de fazer frente ao estresse do meio-ambiente e portanto aumente sua possibilidade de morte.

Na atualidade, encontramos múltiplas denominações e distintas classificações para os indivíduos em processo de envelhecimento ou já envelhecidos, entre eles, os conceitos de

¹¹ Tradução direta da citação (XU; KIRKLAND, 2016, p. 173).

¹² “Somatório de alterações orgânicas, funcionais e psicológicas próprias do envelhecimento normal” (PAPALÉO NETTO, 2013, p. 73)

¹³ “É caracterizada por modificações determinadas por afecções que frequentemente acometem a pessoa idosa” (PAPALÉO NETTO, 2013, p. 73)

adultos maduros, idosos ou velhos. São considerados adultos maduros os indivíduos que estão na faixa de idade de 40 a 60 anos (BARROS, 2009), é considerado idoso (no Brasil), aqueles que possuem 60 anos e mais (WHO, 2005). Dentro da categoria idoso há ainda outras categorias: a velhice inicial, que corresponde a faixa dos 66 aos 70 anos, a velhice média, representada pelos indivíduos entre 71 a 75 anos e a velhice tardia, que pertence à faixa dos 76 anos e mais, conforme a OPAS (1994).

Apesar da importância da idade cronológica para a estratificação das fases da vida e do próprio envelhecimento, a idade cronológica não pode ser um fator isolado, uma vez que o envelhecimento é um processo heterogêneo e subjetivo (NERI, 2006). Nesse sentido, é importante olhar para outras formas de classificação ou estratificações, como a Terceira e Quarta Idades (BALTES; SMITH, 2006).

A Terceira Idade, também denominada velhice inicial, baseia-se em parâmetros populacionais, em que pessoas que nasceram em uma mesma coorte, se encontram vivas ou não. Pessoas acima desse ponto estão na velhice (BALTES; SMITH, 2006). De acordo com Baltes e Smith (2006), a diferenciação da Terceira para a Quarta Idade não se resume a uma estratificação numérica fixa, mas considera que a entrada e saída de uma fase para a outra é uma transição. Pessoas que alcançaram em torno dos 75 ou 80 anos em países desenvolvidos podem ser consideradas pessoas da Quarta Idade (BALTES; SMITH, 2006).

Outra forma de diferenciar essas duas fases leva também em consideração as individualidades, ou seja, a duração de vida e a qualidade de vida individual e não a média de duração de vida coletiva. Conforme os autores (*op. cit.*), a transição da Terceira para a Quarta Idade ocorre em idades muito distintas, onde para algumas pessoas, uma decadência pode iniciar aos 60 anos e para outros aos 90 anos. De acordo com Baltes e Smith, cada uma dessas fases possui aspectos positivos, ainda que mais limitados na Quarta Idade.

Na Terceira Idade, pelo aumento da expectativa de vida, existe cada vez mais pessoas que chegam a essa fase. Há um potencial para melhor competência física e mental na velhice e evidências de reservas cognitivo-emocionais da inteligência (maior plasticidade). Há mais pessoas envelhecendo bem com elevados níveis de bem-estar emocional e pessoal, além de uso de estratégias para administrar os ganhos e as perdas que ocorrem nesta fase. Na Quarta Idade, os autores consideram haver maiores perdas no potencial cognitivo e na capacidade para aprender, aumento de doenças e estresse crônico, aumentada prevalência de demência, mais elevados níveis de “fragilidade, disfuncionalidade e multimorbilidade” (BALTES; SMITH,

2006, p. 12). Ou seja, por um lado há o ganho da maior longevidade, e por outro, o ônus de ter alcançado a idade avançada.

No cenário das “estatísticas” a respeito do envelhecimento populacional, este se configura pelo aumento da expectativa de vida, em especial, entre as mulheres (KÜCHEMANN, 2012). As principais razões que podem explicar tal fenômeno estão no maior número de mortes masculinas por causas externas (homicídios, violência, trânsito) que ocorrem principalmente na faixa de 15 a 29 anos (mortalidade prematura) (IBGE, 2017); no menor autocuidado e busca pelos serviços de saúde quando comparado às mulheres; e ainda nas maiores proporções de agravos crônicos de saúde, pelo fato dos homens serem mais adeptos a comportamentos prejudiciais à saúde, que levam mais facilmente ao adoecimento (BASTOS, 2016).

Apesar de todas essas evidências, devemos lembrar que o envelhecimento é um processo amplo, complexo, inter-relacionado e sistêmico, que pode ocorrer de diferentes formas e cursar (senescência) ou não com adoecimento (senilidade). Nesse sentido, será mencionado a questão do envelhecimento sob aspectos celulares, cognitivos e sociais.

O envelhecimento celular, em sua magnitude, atinge todas as células do organismo. Segundo Pereira (2013), o envelhecimento promove uma redução do sistema de defesa, também alterações hormonais, metabólicas (redução do metabolismo basal), lipídicas (hiperlipidemias, aumento e alterações na distribuição de gordura corporal), proteicas (redução de aminoácidos, sínteses proteicas, força muscular), cognitivas e de humor (ansiedade, depressão, problemas de memória, concentração), alterações no funcionamento gastrointestinal (dentição, mucosas, deglutição, digestão, absorção, motilidade intestinal), pâncreas (alterações nos receptores de insulina, aumento da glicemia de jejum), fígado (redução da capacidade de metabolizar medicamentos, maior susceptibilidade à intoxicação por medicamentos), função renal, alterações ósseas (osteoporose, compressão das vértebras), entre outras, aqui descritas de modo genérico.

O declínio cognitivo é outra importante alteração associada ao envelhecimento, estando entre as funções mais afetadas a concentração, atenção e o raciocínio indutivo (CASTRO, 2011), essenciais para o processo de aprendizagem. Esse declínio cognitivo, natural do processo de envelhecimento, reflete sobre a memória de trabalho, fazendo com que os indivíduos necessitem maiores esforços para aprender e recordar (2009).

Entre algumas dessas alterações estão as atitudes de recusa, maior ou menor capacidade de trabalhar com questões difíceis (BIASUS, 2016, p. 58). Segundo Biasus a

[...] involução do aparelho psíquico produz efeitos na maneira de ver o mundo e viver no mundo, de modo que se tornam comuns as queixas psíquicas a respeito do próprio corpo, denunciando uma inter-relação dos problemas físicos e emocionais. Da mesma forma, a perda de uma identidade corporal, uma vez que o corpo deixa de ser fonte de prazer e passa a ser depositário de dor, justifica o descaso com a higiene e pouca adesão a tratamentos e prescrições. Afinal, por que cuidar de um corpo que é feio e dói? Uma pergunta corrente dos idosos “mal-envelhecidos” (2016, p. 58).

Evidências científicas têm mostrado que quanto maior a idade e menor o nível de escolaridade, maiores serão as dificuldades cognitivas (MACHADO *et al.*, 2011; SOUZA *et al.*, 2009). A diminuição na capacidade de atenção, por exemplo, ocorre pela maior susceptibilidade à distração na fase idosa, diminuição da eficiência dos processos de inibição e incremento de “pensamentos, opiniões, experiências e sonolência” segundo Okimura (2005, p. 13). Estes fatores são desafiadores nas intervenções e configuram maiores resistências a adesões e mudanças dos comportamentos para a melhora da saúde e estilo de vida.

Elucidar os motivos pelos quais as pessoas mais velhas adoecem ou permanecem sadias (em condições adversas ou não) não é uma tarefa fácil, haja visto que há múltiplos desafios ao se realizar intervenções com esse público. Apesar de todas as alterações e modificações biológicas e clínicas no envelhecimento, elas não podem ser consideradas isoladamente.

No processo de envelhecimento, já foi comprovado que é possível aprender e produzir novos neurônios, ou seja, elevar a plasticidade cerebral (FERREIRA *et al.*, 2019). Por outro lado, sabe-se também que nesta fase, ocorre mais facilmente o declínio cognitivo, causado, em parte, por mudanças biológicas (diminuição da velocidade de comunicação entre neurônios) e do próprio envelhecimento celular. A velocidade do declínio vai depender de fatores sociais como ambiente desafiante, escolaridade, etc (DOLL, 2022; FERREIRA *et al.*, 2019).

Compreender os processos e períodos que envolvem a senescência e/ou senilidade e os mecanismos celulares complexos são essenciais para trabalhar com o público envelhecido, no entanto, devemos lembrar também que não somos apenas influenciados por processos biológicos, fisiológicos ou genéticos, e sim por uma série de interações que envolvem questões socioeconômicas, ambientais, familiares, alimentares, entre outros diversos fatores (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007; O’RAND, 2016).

Em relação às questões alimentares, pode-se dizer que no envelhecimento se mantêm os desejos e as preferências alimentares da vida adulta, que podem ser saudáveis ou não (PIMENTEL; CRAVO, 2005). Quando em condições de adoecimento ou com a finalidade de prevenção de doenças, o estilo ou modo de se alimentar necessita ser modificado, resultando em outros desafios que englobam as alterações fisiológicas do envelhecimento, as questões culturais, condições econômicas e dos próprios hábitos alimentares ao longo da vida.

5.1.2 ENVELHECIMENTO FEMININO

O envelhecimento das mulheres traz consigo uma série de alterações fisiológicas, metabólicas e hormonais que são sentidas fisicamente. O climatério é um processo fisiológico, natural e inevitável para todas as mulheres em processo de envelhecimento. O climatério é

o período da vida da mulher de transição entre o pleno potencial e a incapacidade reprodutiva, ao longo do qual ocorre um declínio progressivo da função ovárica. Com frequência está associado a um conjunto de sinais e/ou sintomas (irregularidades menstruais, afrontamentos, suores noturnos, alterações do humor e do sono, entre outros) que no seu conjunto caracterizam a “síndrome climatérica”. Compreende três fases (pré, peri e pós-menopausa) cuja individualização não é linear (CONSENSO NACIONAL SOBRE MENOPAUSA, 2016, p. 13)

Com o envelhecimento populacional, cada vez mais “mulheres estarão na menopausa” (FREITAS *et al.*, 2013, p. 1143). Essa fase se inicia por volta dos 35 anos (fase pré-menopausa) e cessa geralmente em torno dos 65 anos (fase pós-menopausa) (FREITAS *et al.*, 2013). O declínio dos estrógenos pode promover uma gama de sinais e sintomas, entre os quais estão o aumento da ansiedade, insônia, mudanças na composição corporal (gordura, água, musculatura e ósseas), ganho ponderal (CONSENSO NACIONAL SOBRE MENOPAUSA, 2016; FREITAS *et al.*, 2013), alterações dos níveis de lipoproteínas plasmáticas (colesteróis e triglicerídeos). Adicionalmente, a redução dos estrógenos pode favorecer a elevação da pressão arterial e resistência insulínica (hiperglicemia), contribuindo para o desenvolvimento e aumento na incidência de DCV (LIBERMANN, 2013; MEIRELLES, 2014) e da síndrome metabólica¹⁴ (LIBERMAN, 2013).

A entrada no climatério torna as mulheres mais suscetíveis ao surgimento de doenças ósseas, declínio cognitivo, depressão, demências, entre outras condições clínicas (FREITAS, *et al.*, 2013) que se acentuam com o avanço da idade, isso porque os estrógenos femininos possuem ação direta sobre diversos tecidos, entre os quais, mamas, coração e cérebro. A manutenção dos hormônios femininos em níveis de normalidade, antes do período do climatério, é considerado um fator de proteção contra todas essas doenças.

Ao compreendermos a fisiologia do envelhecimento parece que estamos diante de um cenário totalmente degenerativo e sem volta, entretanto, precisamos lembrar que não somos seres unicamente biológicos. Somos atravessados por questões ambientais, sociais, econômicas, culturais, educacionais, alimentares, entre muitos outros aspectos que precisam ser

¹⁴ Associação de três ou mais fatores de risco, entre os cinco seguintes: obesidade abdominal, hipertensão, diabetes, hipertrigliceridemia, colesterol HDL baixo.

considerados no trabalho em saúde, os quais são modificáveis e, portanto, capazes de alterar e/ou melhorar as condições de saúde/doença das populações.

5.1.3 ENVELHECIMENTO/VELHICE SOB OUTRO OLHAR

O envelhecimento pode ter múltiplas denominações: envelhescente, envelhescência, melhor idade, terceira idade, senescência, avelhantar, envelhentar, idoso, longevo, velhice, idade avançada, velho, envelhecido, ancião, avelhantado, embranquecer, senectude, senilidade, entre outros sinônimos¹⁵ que remetem a questões de ordem biológica, temporal, cultural, social, filosófica e religiosa.

No campo da saúde, o envelhecimento, de modo geral, tende a ser discutido em um contexto de ordem biológica e clínica, contudo, enxergar o envelhecimento sob outras lentes possibilita olhar o todo, o integral, visto que as questões relacionadas à saúde ou adoecimento no processo de envelhecimento estão interligadas a uma rede complexa de questões sociais, econômicas, físicas, históricas, culturais, nutricionais, políticas que se dão ao longo da vida. Para problematizar a questão do envelhecimento e saúde em um sentido não biológico/clínico, adentro em uma das obras clássicas de Simone de Beauvoir, “A velhice”.

O envelhecimento é visto de diversos modos nas distintas sociedades. Simone de Beauvoir (1976) apresenta um longo panorama histórico sobre o envelhecimento, apontando um cenário de ambiguidades. Em algumas civilizações antigas, pessoas com idade avançada eram considerados seres superiores, em alguns casos sobrenaturais, detentores de uma sabedoria máxima, eram respeitados e tidos como referência nas decisões da família e comunidade, em outras, eram sinônimo de peso, fardo à família, inutilidade, ou mais uma “boca para alimentar”. Em muitos povos os velhos acabavam sendo descartados (mortos assassinados ou deixados para morrer).

Beauvoir, ao retratar a velhice no período atual em que viveu (século XX), mostra que muitas questões acerca do envelhecimento, em parte, ainda seguem atuais nos tempos de hoje. Segundo a autora, a velhice é atravessada pelo capitalismo, e por relações ambíguas. Na segunda metade do século XIX, a velhice era considerada uma etapa da vida decadente, isenta de papéis sociais. Os estudos sobre o tema ficavam limitados à área biológica e fisiológica. O envelhecimento era sinônimo de decadência e adoecimento (deterioração do corpo).

¹⁵ Sinônimos da palavra “Envelhecimento”. Disponível em: <<https://www.dicionarioinformal.com.br/sinonimos/envelhecer/>>. Acesso em: 28 nov 2019.

A autora também denuncia que a velhice era vista como um segredo vergonhoso, que não podia ser falado, em especial porque ‘sentiu na pele’, ao ser julgada pela sua aparência velha. Beauvoir nesse ponto problematiza a questão de que falar e enxergar o outro como velho é muito natural, mas se reconhecer ou admitir que está velho(a) é muito difícil, pois o envelhecimento vai deixando marcas visíveis e também dores. Logo, “velho é o outro”.

Beauvoir retrata a velhice em seu sentido biológico, como um processo inevitável e variável conforme o contexto social e econômico em que vivem. Velhos podem ser vistos como pessoas de prestígio, poder, riqueza, ‘bem conservadas’, sábias, mas também podem ser vistas como decrepitos, loucos, tirânicos. Velhos ricos e instruídos, por exemplo, podem ser respeitados. Idosos pobres, sem prestígio, são invisibilizados e ignorados.

O processo de envelhecimento é visto como uma desgraça, mesmo entre os indivíduos considerados bem conservados. Pessoas em idade muito avançada, passam a ser infantilizadas, e em muitas famílias são interditados. A autora, ao longo de suas observações e denúncias, desvela um mundo de abandono, de idosos sem ou com pouco acesso a lazer, onde os espaços são construídos para jovens, condenando-os a viver/vegetar na solidão e no tédio, como um legítimo refugio, “sobra”, “resto” que vai viver durante os últimos quinze ou vinte anos dessa mesma maneira.

Para Beauvoir (1976), a velhice se defronta não apenas com questões (limitações) de ordem biológica e de não funcionalidade, mas também com questões econômicas e socioculturais que interagem entre si e com os demais fatores, tornando-se um envelhecimento triste, só e doente. O velho não é um indivíduo incapaz de lutar, mas sim aquele que já não pode mais trabalhar, o que é inaceitável ao modelo de produção capitalista. Quanto pior for a juventude, a exemplo de indivíduos que ao longo da vida são mal alimentados, mal cuidados e desgastados pelo trabalho, mais cedo esses se tornarão impotentes, formando um círculo vicioso.

A solução dos problemas da velhice, para Beauvoir, seria a ocupação e adaptação do trabalho aos idosos após a aposentadoria, tendo em vista que não é possível viver duas décadas em ociosidade, entretanto, tal ocupação deve estar fora dos moldes do sistema de produção capitalista e englobar um projeto de vida. Nesse sentido, pensar a velhice em um sentido amplo e interdisciplinar, junto a políticas públicas, de acesso à educação, cultura, espaços de lazer, mobilidade, alimentação adequada, e planejamento e investimento em projetos voltados à população idosa poderia prevenir inúmeros agravos, entre eles, a saúde.

5.2 TEORIA CRÍTICA NO CONTEXTO DA EDUCAÇÃO ALIMENTAR E NUTRICIONAL: CONTRIBUIÇÕES DE BOURDIEU E FREIRE

O preparo dos alimentos, da comida é uma tarefa ainda majoritariamente feminina, um “espaço habitualmente reservado às mulheres, mais do que aos homens” (CANESQUI; GARCIA, 2005, p. 11). A preparação da comida envolve questões de ordem cultural, simbólica, política, econômica entre os diferentes grupos e classes sociais a que pertencem, adicionadas a questões regionais, territoriais que se transformam em identidades sociais ou nacionais (CANESQUI; GARCIA, 2005, p. 11).

A alimentação e os hábitos/comportamentos alimentares são oriundos de um processo que se inicia na infância, conforme os alimentos fornecidos pela família (e/ou cuidadores) e formados na adolescência e na vida adulta. São influenciados por diversos fatores, em parte, resultam de “decisões, conscientes ou não, estreitamente relacionadas à cultura alimentar de sua região, à tradição alimentar de seu convívio social e às transformações decorridas do acesso à informação científica e popular” (OLIVEIRA; OLIVEIRA, 2008, p. 497), contudo, eles também dependem da possibilidade e capacidade de compra e acesso a determinados alimentos e, nesse sentido, o conhecimento do que é bom para a saúde ou não, nem sempre determina o consumo.

Sob outra perspectiva, há outro importante fator determinante sobre a formação dos hábitos alimentares, o *habitus*, que corresponde a um grupo de conhecimentos adquiridos e de disposições que são incorporadas ao longo do tempo que irão construir objetividades e subjetividades (BOURDIEU, 2002). O *habitus* é considerado um sistema de disposições, modos de perceber, de sentir, de fazer, de pensar, que nos levam a agir de determinada forma em uma circunstância dada (THIRY-CHERQUES, 2006, p. 33).

Esse sistema se transforma em uma racionalidade prática (adquirida ou por interações sociais) que se transforma em condicionante e condicionador (hábitos) de nossas ações, ou seja, são naturalizadas no nosso cotidiano de vida. No caso da alimentação, o *habitus* se traduz nas escolhas alimentares cotidianas, sendo influenciada principalmente, pela cultura, condição econômica e condições de acesso: o que comemos, como comemos, quais alimentos compramos, onde compramos, quanto comemos em uma situação de alimentação normal ou quando estamos diante de abundância alimentar, por exemplo.

O *habitus*, segundo Catani (2017, p. 214-215) não é uma aptidão natural, mas social, e por essa mesma razão é variável através do tempo, do lugar e, sobretudo, através das distribuições de poder. Neste sentido, podemos pensar a alimentação nos seus mais diversos

contextos, culturas, nas diversas regiões, grupos sociais, faixas etárias, etnias. O *habitus*, segundo os mesmos autores, é transferível para os diversos domínios de prática, e pode ser explicado, por exemplo, por meio de domínios de consumo que se dão no interior e entre os indivíduos da mesma classe. Esses domínios fundamentam os distintos estilos de vida e comportamentos alimentares.

Ao pensar a alimentação e as distintas classes sociais, por exemplo, pode-se perceber grandes variâncias de *habitus* e hábitos alimentares, que configuram uma forma contínua ou predominante de alimentação ao longo da vida (VAZ; BENNEMANN, 2014). Entre os principais fatores desta variação, está o capital cultural, transmitido de geração em geração, as tradições alimentares familiares, os ensinamentos obtidos da escola (educação), entre outros (THIRY-CHERQUES, 2006). A escolaridade e a renda são importantes determinantes sociais, pois interferem nas questões de alimentação, estilo de vida¹⁶, e conseqüentemente sobre a saúde ou o adoecimento das populações (BARRETO, 2017).

Um baixo grau de instrução, segundo Souza (2012) reflete sobre a situação socioeconômica que, por sua vez, determina “condições de vida e conseqüentemente condições de saúde” (p. 17) que, de modo geral, tendem a ser difíceis e com poucos recursos. A educação/instrução possibilita a oportunidade de ampliar as possibilidades da vida nos mais variados sentidos, como trabalho, renda, qualidade de vida.

Além da influência das questões sociais e educacionais sobre as escolhas alimentares e conseqüentemente sobre os hábitos alimentares, a alimentação envolve também questões simbólicas, políticas, sexuais, religiosas, éticas, estéticas (CARNEIRO, 2003) e de condições de renda. No Brasil, há uma distribuição de renda e de acesso a alimentos muito desiguais. Existem inúmeras famílias vivendo em situação de pobreza ou pobreza extrema (LIMA; LIMA; SILVA, 2016). Dentro deste índice, cerca de 28,9 milhões de famílias possuem como mantenedoras ou chefes da casa, as mulheres, que são, na maioria, viúvas ou separadas de seus companheiros (CAVENAGHI, 2018).

De 2001 a 2015, as famílias chefiadas por mulheres mais do que dobraram em termos absolutos (105%), passando de 14,1 milhões em 2001 para 28,9 milhões em 2015. A realidade social brasileira é representada por uma ampla desigualdade econômica que também se intensifica nos diferentes grupos étnicos, sendo pior entre os grupos de pretos e pardos (FARIA;

¹⁶ Segundo Madeira *et al.*, (2018, p. 106), o estilo de vida é “um conjunto de comportamentos construídos por cada pessoa e, portanto, modificáveis individualmente, consoante as escolhas de cada sujeito”.

SILVA, 2016). Esse contexto de desigualdade econômica, resulta na fome e na insegurança alimentar¹⁷, os quais são problemas históricos (FARIA; SILVA, 2016).

Milhares de famílias que vivem em condições de vulnerabilidade social¹⁸ e detêm dificuldades de sobrevivência como, por exemplo, dificuldades para manter questões básicas de vida, como alimentação, em quantidade e qualidade, vivenciam situações de insegurança alimentar e nutricional. A disponibilidade dos alimentos na dieta, se dá conforme a possibilidade financeira, que mais facilmente é encontrada em alimentos baratos, prontos para o consumo e disponíveis em larga escala, os quais se tornarão a base da alimentação (OLIVEIRA *et al.*, 2018).

Muitos hábitos são passados de geração para geração, entretanto, eles podem se perder ou serem deixados de lado ao longo do tempo. A alimentação sofre interferência de fatores econômicos, acesso, mudança de região (interior para a cidade, mudança de estado), praticidade, influência midiática, entre outras questões. A vida em meio urbano se configura por processos que são, na maioria das vezes, marcados pela escassez de tempo e pela busca de praticidade. Produtos ultraprocessados, antes vistos como supérfluos, se tornaram básicos na alimentação por serem de fácil acesso e baixo custo, por outro lado, são isentos ou quase isentos de valor nutricional (CONTE, 2016).

Os alimentos ultraprocessados além de estarem naturalizados na alimentação, fazem parte da chamada cultura de massa. Muitas marcas fazem parte deste cenário e são consumidas pelas diversas classes econômicas, e não apenas pelos grupos empobrecidos. Entre os alimentos da cultura de massa estão os *fast e junk food*¹⁹, os quais fazem parte de uma lógica de mercado que influenciam de modo expressivo na formação do gosto dos consumidores. Esse mecanismo visa a criação de dependência/vício, promovendo a manutenção dos níveis de consumo (OLIVEIRA; NOVAES, 2013, p. 22-23) que pode trazer consequências deletérias para a saúde, a curto, médio e longo prazo.

¹⁷ A Insegurança Alimentar e Nutricional (IAN) pode ser compreendida como “a falta de acesso à uma alimentação adequada, condicionada, predominantemente as questões de renda” (BEZERRA *et al.*, 2019, p. 4) e acompanha privações e instabilidade de acesso aos alimentos.

¹⁸ A vulnerabilidade social (VS), conceitualmente, pode ser compreendida como situação de “fragilidade ou inexistência de acesso a direitos” (BEZERRA, 2018, p. 4). A VS diz respeito a privação ou insuficiência de “renda, moradia adequada, abastecimento de água, saneamento básico, acesso a serviços de saúde, escolas e transporte público de qualidade” (p. 4) entre outros bens e serviços essenciais à saúde, segurança, bem estar, etc.

¹⁹ *Fast food* e *junk food*, referem-se a comidas de rápida fabricação e baixo custo, de alto valor calórico e baixo ou isento valor nutricional (baixo valor proteico, de vitaminas, minerais e fibras). O termo '*junk food*' foi criado em 1972, possuem elevado teor de sódio e aditivos químicos como glutamato monossódico e tartrazina, entre outros químicos prejudiciais à saúde (RAJVEER; MONIKA, 2012).

Nesse sentido, vejo a importância de entendermos algumas questões sociais, políticas, culturais, familiares e econômicas que envolvem a alimentação e os hábitos alimentares. A alimentação é um fator ‘de peso’ sobre a saúde e a doença. No contexto do DHAA, considera-se o direito de estar livre da fome e o direito à alimentação adequada de forma contínua e permanente a alimentos seguros e de acordo com a cultura a qual os sujeitos pertencem (LEÃO, 2013) e que nem todas as famílias possuem.

Uma alimentação saudável incide sobre o acesso e consumo alimentos seguros²⁰, em quantidade necessária para a manutenção da vida e do funcionamento do corpo, dentro das diferentes e distintas culturas e individualidade e trazem à baila, memórias, histórias e prazeres. A alimentação possui, indiscutivelmente, função direta sobre o estado nutricional, funções energéticas, fisiológicas e metabólicas para o funcionamento de todo o corpo (manutenção, promoção e prevenção da saúde), entretanto ela não é um determinante isolado, e sim relacionado com outros fatores, como o estilo de vida, escolaridade, renda, com o próprio envelhecimento, além das questões culturais e econômicas individuais.

De acordo com Minuzi e Pommer (2019) existem diferenças drásticas na alimentação das distintas classes sociais, sendo que, quanto maior o grau de escolarização e renda, maior e mais exigente será o seu paladar, ou seja, grupos sociais abastados, possuem acesso a alimentos de maior valor, ao passo que para populações de baixa renda, o acesso a alimentos fica restrito a alimentos e produtos produzidos em larga escala, que são baratos e fortemente influenciados pela mídia. Conforme os autores, existem diferenças gritantes das classes sociais. Nas classes elevadas, pode-se escolher os alimentos que se deseja comer, bem como pode-se comer por prazer. Nas baixas classes sociais, come-se o que tem, o que é possível.

Trabalhar a educação alimentar em diferentes contextos sociais torna-se uma tarefa relevante e necessária, uma vez que pode-se buscar aproximações e distanciamentos, elementos comuns, mas também pontos divergentes, que podem incidir sobre diferentes formas de atuação. Nesse sentido, é relevante ainda mencionar que o trabalho de intervenção baseado em prescrições e depósito de informações é um método que precisa ser superado, e nesse sentido, o trabalho na área da saúde, pautado na pedagogia crítica, parece ser mais sensata e coerente com o cuidado, com a humanização, e demais princípio do SUS.

A Teoria Educacional Crítica é uma forma pedagógica que nasce no Brasil, a partir do educador Paulo Freire, entretanto, ela é estudada e defendida por diversos pesquisadores no

²⁰ Seguros, em minha concepção, referem-se a questões de sanidade, livre de patógenos, de contaminantes químicos, livres de aditivos químicos, produtos ultraprocessados, livre de agrotóxicos e transgenia.

mundo, como Henry Giroux, Ira Shor, Michel Apple, Antonio Gramsci, John Dewey entre outros.

De acordo com Giroux (2003), a pedagogia crítica

parte do cotidiano e do particular como base para a aprendizagem; reivindica o histórico e popular como parte de um esforço permanente por legitimar as vozes de quem tem sido silenciados, e informar as vozes de quem foram fechadas em narrativas monolíticas e totalizadoras. Aqui entra em jogo uma pedagogia que proporcione a alunos e outros o conhecimento, aptidões e os hábitos para ler a história de uma maneira que lhes permita reivindicar suas identidades e o interesse de construir formas de vida mais democráticas e justas²¹ (2003, p. 309).

A pedagogia crítica em Freire pauta-se na capacitação dos estudantes e professores a desenvolverem uma compreensão crítica consciente de sua relação com o mundo (GIROUX, 1997). Para Freire (1987) a consciência do mundo e também de si, se dá mediante a consciência da sua realidade e do seu lugar no mundo, que só será possível se os indivíduos forem questionados e aproximados a esse pensamento, onde também se faz necessário a convivência e a interação com sujeitos que provoquem e permitam esse diálogo.

A tomada de consciência ocorre por meio do diálogo e envolve funcionalmente a problematização, a qual, ocorre por meio de um processo de codificação e decodificação da realidade em que uma “situação - problema” é apresentada aos educandos, ou levantada por eles. Neste momento, a “situação - problema” representa uma totalidade codificada a ser decodificada pelos estudantes, que, após refletir criticamente sobre as condições materiais, geram temas (temas geradores) para a análise e a ação (FREIRE, 1974; SHOR, 1982).

A pedagogia crítica pensada dentro do campo da saúde visa a formação de

sujeitos críticos por meio da construção de conhecimentos, saberes e habilidades para lidarem, no caso da saúde, com a multiplicidade e a diversidade de fatores existentes nas sociedades contemporâneas. É a possibilidade de construir conhecimentos por meio da formação crítica de saberes e práticas que poderá contribuir para a integridade da humanidade na perspectiva de uma melhor qualidade de vida, o que reforça a necessidade da educação crítica no campo da Promoção da Saúde. A educação de sujeitos voltada para saúde, na perspectiva crítica, requer a compreensão de que a educação ocorre na forma de processo, onde aprender implica construir, e não adquirir conhecimentos; significa desenvolver habilidades pessoais e sociais, e não adaptar ou reproduzir comportamentos. No entanto, ela só terá valor do ponto de vista da aprendizagem se for ressignificada no contexto da vida sociocultural dos indivíduos e grupos de indivíduos (LOPES; TOCANTINS, 2012, p. 249).

O trabalho de educação/conscientização se dá mediante o diálogo, que é, segundo o próprio Freire (1987) “o encontro em que se solidariza o refletir e o agir de seus sujeitos endereçados ao mundo a ser transformado e humanizado, não pode reduzir-se a um ato de depositar ideias de um sujeito no outro, nem tampouco tornar-se simples troca de ideias”

²¹ Tradução independente (GIROUX, 2003, p. 309).

(FREIRE, 1987, p. 45). Para Freire, esse diálogo precisa ser democrático, “respeitando os direitos e capacidades dos estudantes de chegar a suas próprias conclusões” (AU, 2011, 252), ou seja, levar ao empoderamento dos sujeitos.

Empowerment é “a capacidade de pensar e agir criticamente” (GIROUX, 1999, p. 21). De acordo com Lopes e Tocantins, (2012, p. 249) o *empowerment* “envolve um processo educacional que implica a construção de consciência crítica para superar limitações individuais e compreender os limites impostos pela sociedade a fim de criar possibilidades para a transformação da realidade social”.

Os autores afirmam que o papel da educação crítica “é contribuir no processo de co-construção e de co-formação entre indivíduo e sociedade” (2012, p. 249). Assim, unir as potencialidades humanas e sociais “implica em educar as pessoas para serem capazes de pensar, agir e questionar criticamente e intervir criativamente na realidade social” (p. 249). Mas afinal, como a pedagogia crítica se insere dentro do campo da educação alimentar e nutricional?

Em primeiro lugar, é importante pontuar que a educação alimentar visa contribuir para a garantia da segurança alimentar e nutricional (SAN), a valorização da cultura alimentar, a sustentabilidade, **a geração da autonomia dos indivíduos** (destaque meu), grupos e comunidades, **promovendo empoderamento** (destaque meu) sobre a adoção de hábitos alimentares saudáveis e melhoria da qualidade de vida, **mediante um processo de diálogo** (destaque meu) entre os grupos populacionais e os profissionais de saúde, **visando autonomia e autocuidado** (idem) (BRASIL, 2012). Entretanto, as práticas de EAN, de modo geral, têm sido realizadas dentro de um modelo prescritivo e com pouco ou nenhum aprofundamento teórico sobre técnicas e métodos de ensino-aprendizagem (BOOG, 2013), nesse sentido, justifica-se o desenvolvimento ou defesa da educação alimentar em uma perspectiva crítica.

A educação alimentar em uma perspectiva crítica, é um tema ainda recente. Ela surgiu de forma indireta, em congressos mundiais (II Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde - 1998) em saúde, mais especificamente com o movimento internacional de promoção da saúde, onde o tema da educação é apontado como essencial no processo de educação em saúde. Nesse espaço surgem preocupações em como lidar com esse campo tão complexo e desconhecido, como pensar a educação em um contexto interdisciplinar (LOPES; TOCANTINS, 2012).

Em 1991, na III Conferência, reforça-se “a dimensão educativa ao explicitar a necessidade de se capacitar e reconhecer o conhecimento, em especial das mulheres, para adquirirem poder e controle sobre sua saúde e o meio ambiente por intermédio da educação e

da maior participação nos processos de tomada de decisão” (LOPES; TOCANTINS, 2012, p. 238-239). Contudo, foi na IV Conferência (1997) que o “interesse pela educação como orientadora de estratégias e ações de Promoção da Saúde” (p. 239), foi definitivamente oficializada, onde se destacou a importância da participação popular no processo de educação e, discretamente, o conceito de *empowerment*, que também foi discutido nas conferências seguintes.

No Brasil, no início dos anos 2000, a nutricionista e pesquisadora Maria Cristina Boog (2004), “considerada pioneira em reflexões e proposições para a educação alimentar e nutricional crítica no Brasil” (MAGALHÃES; MARTINS; CASTRO, 2012, p. 2), cria (indiretamente) um conceito de educação alimentar e nutricional crítica:

um conjunto de estratégias sistematizadas para impulsionar a cultura e a valorização da alimentação, concebidas no reconhecimento da necessidade de respeitar, mas também modificar, crenças, valores, atitudes, representações, práticas e relações sociais que se estabelecem em torno da alimentação, visando ao acesso econômico e social a uma alimentação quantitativa e qualitativamente adequada, que atenda aos objetivos de saúde, prazer e convívio social (BOOG, 2004, p. 18).

Boog (1997) ancorada em pressupostos teóricos da Pedagogia do Oprimido, de Paulo Freire (1987) defende que a educação alimentar deve fugir da lógica de educação bancária, que isenta os sujeitos de pensar e refletir suas ações, enquanto a “educação dialógica, problematizadora, visa o renascer de dentro, o emergir da palavra própria do educando” (BOOG, 1997, p. 14). É por meio do diálogo, que vai ocorrer o “poder de criticar a realidade e transformá-la através de ações coletivas” (p.14).

Conforme a autora (*op. cit*), não “é possível educar fora do engajamento com a realidade”, além disso, a “educação tem que ser libertadora e conscientizadora” (p. 14). Boog (1997, p. 14) afirma que o tecnicismo não privilegia a formação do educador nem a compreensão do educando, os quais se ausentam de pensar e refletir. Ela defende que uma abordagem que “apenas instrui sobre como proceder” reduz o “fenômeno da alimentação ao que comer, o que comprar e como preparar não pode resultar eficaz, na medida em que leva o educando a proceder mecanicamente segundo o pensar do educador, e destituindo o seu comer dos significados a ele inerentes”.

O processo para educar e conscientizar ocorre em um sentido horizontal, em que todos os sujeitos da ação educativa e o(a) mediador(a) ficam em uma mesma posição, em uma relação de igualdade e não de superioridade. Cada educando detém distintos saberes que devem ser respeitados e levados em consideração. A construção pedagógica do aprender- ensinar é possibilitada por meio “de uma linguagem que permita solidariedades e vocabulários políticos que não reduzam as questões de poder, justiça, luta e desigualdade” (GIROUX, 2003, p. 308).

Nesse formato de educação não há separação entre ignorantes e sábios, visto que não há espaço para a propagação de uma cultura elitista e de formalismos científicos, a tecnocracia, mas sim a troca de saberes que se dá por meio do diálogo e do respeito às diferenças. Para Freire (1987), a escolha de tal método, ou trabalho de tal forma permite a superação de uma visão ingênua para uma visão crítica e consciente.

O trabalho de EAN em uma perspectiva crítica busca a partir da problematização da vida, do cotidiano e da alimentação a busca de possíveis soluções e a forma para realizá-la, promovendo mudanças concretas e a autonomia dos indivíduos. Freire, ao trabalhar com as diferentes realidades dos sujeitos e ao tentar construir conjuntamente com eles processos de aprendizagem, reflexão e mudança das ações e a transformação das realidades, traz dois importantes conceitos, a situação limite e o inédito viável.

A situação limite se refere aos obstáculos e barreiras que precisam ser superadas frente ao mundo (FREIRE, 1987), enquanto o inédito viável se refere a “soluções” praticáveis (FREIRE, 1987, p. 61), ou seja, a capacidade de buscar soluções para ultrapassar as situações limites. Ao passo que Freire nos mostra os desafios, também propõe soluções, entre elas, a proposta do trabalho com os temas geradores, já mencionado em outra parte desta pesquisa, eles fornecem subsídios para que as pessoas sejam capazes de fazer a "leitura do mundo".

A leitura do mundo, segundo Freire (1997) é

o que vai possibilitando a decifração cada vez mais crítica da ou das “situações-limites”, mais além das quais se acha o "inédito viável". É preciso, porém, deixar claro que [...] a leitura do mundo não pode ser a leitura dos acadêmicos imposta às classes populares (p. 54).

Freire nesta passagem nos mostra que, conjuntamente, através do levantamento dos problemas, ou situações limites, podemos encontrar também formas de solucioná-las, contudo, as leituras e reflexões devem partir dos próprios sujeitos, a fim de lhes dar voz, para serem sujeitos da própria história, bem como para não cair em soluções prescritivas, prontas e idealizadas por quem não vivencia a realidade e a cultura dos sujeitos.

Freire (1987), sempre defendeu o diálogo como forma de humanização. Freire detinha a capacidade de escutar e respeitar todas as pessoas e os saberes de cada um(a). Sempre criticou formas dominadoras de ensino e se opôs às práticas verticais de ensino, de memorização e repetição de conteúdos que nem sempre traduziam e faziam parte ou sentido para a vida e a realidade dos sujeitos, que ele chamou de modelo bancário e depositário de ensino. Na concepção ‘bancária’ o educador vai enchendo os educandos de conteúdos

impostos; na prática problematizadora, vão os educandos desenvolvendo o seu poder de captação e de compreensão do mundo que lhes aparece, em suas relações com eles não mais como uma realidade estática, mas como uma realidade em transformação, em processo (FREIRE, 1987, p. 71).

Todos os conceitos e teorias até aqui descritos, podem ser utilizados nos mais variados campos de saber e de educação, como a própria educação em saúde, ou educação em nutrição. Muitos profissionais direcionam e usam de conceitos técnicos e guias para ensinar, contudo, se esquecem inicialmente de estudar as realidades, os lugares de fala, ou mesmo de perguntar o que os sujeitos querem saber, quais as suas demandas em saúde e o que já sabem sobre os assuntos a serem tratados.

Em uma perspectiva de ensino bancário ou vertical, consegue-se informar e transmitir conhecimentos, entretanto, para promover mudanças concretas e reais nos hábitos e comportamentos alimentares necessita-se ferramentas pedagógicas e metodologias mais complexas. Nesse sentido, vejo o quanto ainda estamos distanciados de um modo dialógico, humanizador e horizontal no processo de ensino-aprendizagem. Embora enquanto profissionais tenhamos a teoria de como realizar tal prática, a mesma se torna quase inatingível, ou é realizada parcialmente. Daí a importância em investir em uma formação humanizante e interdisciplinar, buscando superar a fragmentação e as especializações, cuja epistemologia é centrada ainda no modelo positivista e de mecanicismo científico do início da modernidade (THIESEN, 2008).

Atentar nosso olhar enquanto profissionais da área da saúde para as questões de saúde pública se torna imprescindível nos tempos atuais, em especial porque há um projeto de desmonte do SUS através do congelamento de investimentos por período de vinte anos (PEC 241/2016), o que interfere sobre direitos sociais, distribuição de medicamentos, vacinas e procedimentos essenciais para o funcionamento do sistema. Tais resultados reforçam os discursos midiáticos de que o SUS não funciona, enfraquecendo conseqüentemente a saúde pública brasileira, ao passo que incentiva a saúde privada.

Compreender essas questões mostra que precisamos, além de apoiar o SUS, trabalhar em uma perspectiva solidária, aprender novas metodologias que se atente ao olhar popular, às chamadas classes majoritárias que são totalmente dependentes do SUS, e que, muito além de receberem consultas e remédios gratuitos, necessitam de acesso à informação, em especial em relação a questões de prevenção.

5.3 INSTRUMENTOS E TEORIAS PARA TRABALHAR EDUCAÇÃO NUTRICIONAL NUMA PERSPECTIVA CRÍTICA (OU FREIRIANA)

A nutrição é uma área nova no Brasil, idealizada pelos primeiros médicos nutrólogos na década de 1940, período em que foram criados os quatro primeiros cursos de nutrição no país (VASCONCELOS, 2002). Essa ciência tem sua origem no campo da medicina, com foco nas doenças e nos tratamentos das principais doenças que assolavam o país na época, a exemplo da desnutrição calórica-proteica, das carências nutricionais como hipovitaminose A, anemia ferropriva, entre outras condições associadas à pobreza, fome e desigualdades.

No tocante ao desenvolvimento da área, a inserção de novos alimentos e suplementos foram sendo incorporados, aliado sempre a sua ação sobre as doenças. A educação alimentar surge com o fundamento da profissão, contudo estava associada ao conhecimento acerca do “valor biológico dos alimentos e sua utilização pelo organismo” (PADRÃO; AGUIAR; BARÃO, 2017, p. 671), sendo a fome e subnutrição objeto da educação nutricional segundo os autores (*op. cit.*).

De acordo com os mesmos autores

[...] de 1970 a 1990 [...] a EAN, que se propunha, até então, a ensinar como comer corretamente, foi alijada dos programas de alimentação e nutrição, dando lugar à suplementação alimentar. [...] dos anos 1990 até a década de 2000, a educação alimentar resgatada esteve vinculada aos processos que pretendiam oferecer subsídios à população, novamente por meio de informações sobre alimentação adequada, para que escolhas e um consumo alimentar corretos pudessem prevenir adoecimentos e problemas nutricionais [...] a partir dos anos 2000, com a legitimação e materialização de alguns direitos sociais [...] os programas de EAN [...] passaram a ter como objetivo fortalecer o poder de escolha e decisão dos indivíduos (p. 672).

Essa pequena série histórica mostra um pouco da trajetória e das mudanças ocorridas nas ações e temas da EAN. As premissas das práticas educativas foram sendo modificadas conforme o contexto histórico, entretanto, foi a partir das últimas décadas que mudanças nos propósitos da EAN vêm sendo reformuladas, especialmente a partir da formulação de políticas sociais e do SUS, em consonância com a educação popular em saúde através da vertente freiriana, visando a superação do modelo biomédico, ainda prevalente no campo da saúde e da própria nutrição (PADRÃO; AGUIAR; BARÃO, 2017).

No que se refere a disciplina de Educação Nutricional, propriamente dita, Franco e Boog (2007) mencionam que ela

apresenta um diferencial em relação às demais disciplinas do curso de nutrição, por exigir do docente o ensino de conhecimentos diferentes daqueles que compõem o instrumental técnico de nutrição, pois desafia professores e alunos a se relacionar com

contextos, pessoas, realidades e uma relação teoria-prática, em que o conhecimento técnico se revela insuficiente para lidar com situações vivenciadas em campo. As Diretrizes Curriculares [...] determinam que os conteúdos curriculares desse curso contemplem as ciências sociais e humanas, [...] estabelecem que o ensino deve ser crítico, reflexivo, criativo e que deve conter atividades teóricas e práticas desde o início, assegurando a definição de estratégias pedagógicas que articulem ensino/pesquisa/extensão-assistência (p. 644).

Uma pesquisa realizada por Almeida, Recine, Fagundes (2019) com 104 docentes de EAN de diferentes universidades brasileiras públicas e privadas identificou que a disciplina busca sensibilizar para a importância da promoção da saúde e da segurança alimentar e nutricional, bem como romper com a visão biológica da alimentação, problematizar os fatores relacionados com a alimentação, ao passo que também visa preparar os discentes para o papel de educadores, incluindo o planejamento, desenvolvimento de abordagens pedagógicas críticas e avaliação das ações da EAN.

Apesar dos avanços e mudanças no próprio campo da nutrição, bem como da reformulação do modelo pedagógico da disciplina de EAN, o seu desenvolvimento é ainda idealizado de forma fragmentada das demais disciplinas, cuja teoria está desconexa da prática em campo (FRANCO; BOOG, 2007). Além disso, há um predomínio de metodologias tradicionais nas ações de EAN, na última década (2009 a 2019) (CONTE, DOLL, 2021).

Freire, nesse sentido, propôs uma forma de educação em que os educandos se tornassem sujeitos ativos no processo de aprendizagem, com base nas suas próprias realidades e vivências, participando de forma ativa, reflexiva e crítica na construção dos saberes (FREIRE, 1987, 1997). De acordo com Giroux (2016), Freire em sua trajetória ensinava (e aprendia) realizando questionamentos e debates que possibilita aos educandos pensarem suas realidades, o seu universo de trabalho e refletir sobre suas vidas e sobre questões de justiça.

Enquanto nutricionista e pesquisadora, tenho o desafio de pensar o trabalho de Freire em conjunto com a área da nutrição, em educação alimentar e nutricional pautado em uma perspectiva crítica com mulheres adultas maduras e idosas. Nesse sentido, o principal desafio é não apenas aprender e compreender preceitos teóricos oriundos da pedagogia freiriana, mas desenvolver um trabalho educativo crítico na prática.

A pedagogia crítica no Brasil surgiu aproximadamente entre 1950 a 1960 e teve como pioneiro Paulo Freire (AU, 2011). Seu trabalho foi reconhecido em diversos países do mundo (Estados Unidos, Inglaterra, Coreia do Sul, Turquia, País de Gales), e ao passo que é ampliado, passa a trabalhar com questões sociais diversas, como raça, gênero, classe (APPLE; AU; GANDIN, 2011).

A respeito da pedagogia crítica, Au (2011, p. 251) menciona que “primeiramente, é uma

pedagogia que capacita tanto os estudantes quanto os professores a desenvolver uma compreensão crítica e consciente de sua relação com o mundo” e a partir disso, possibilitar a conscientização do professor e educandos, tornando-se sujeitos capazes de fazer escolhas e de serem agentes críticos (FREIRE, 1967).

O processo de aprendizagem para Freire ocorre de modo horizontal, através do diálogo, buscando analisar e compreender a realidade, o condicionamento histórico-cultural dos educandos, os quais, conhecendo e refletindo sobre si mesmos, passavam a realizar “estudos sérios e profundos da realidade” (FREIRE, 1967, p. 53).

A pedagogia crítica ou também chamada libertadora de Freire, segundo Au (2011), baseia-se em duas principais abordagens, sendo uma delas a problematização e a outra o diálogo. A problematização para Freire, é o processo onde professor e educandos questionam acerca do mundo em que vivem, realidades materiais que experimentam no seu dia a dia e refletem sobre possíveis ações que podem realizar para modificar essas condições materiais. Já o diálogo é “parte da história do desenvolvimento da consciência humana” (AU, 2011, p. 251) que permite refletir sobre a realidade, sobre o que sabem, quanto sabem, o que não sabem, entre outras reflexões que permite aos seres humanos ampliarem seus conhecimentos e também transformarem sua realidade.

Ao pensar na perspectiva de uma educação crítica sobre a alimentação e a nutrição, é importante pensarmos na alimentação como uma necessidade vital e como um ato natural, mas que, por outro lado, também é parte de uma evolução tanto de técnica, quanto dos próprios alimentos ao longo dos séculos. Falar de alimentação é complexo porque permeia sentimentos, questões culturais, simbólicas, psicológicas, prazeres, mas também relações adversas, descontroles, exageros, compulsividade (SANTOS, 2008).

Para além da complexidade do tema alimentação, há ainda o desafio de pensar o trabalho com mulheres adultas maduras e idosas em distintas realidades sociais e distintos graus de escolarização, e nesta perspectiva, acredito que os pressupostos teóricos da pedagogia crítica poderão ser válidos e enriquecedores. Pois apesar de compartilharem elementos em comum como idade, envelhecimento biológico e contexto histórico, elas vivem em contextos diferentes, marcados por diferenças em educação, profissão, economia e hábitos.

A aproximação do campo da educação alimentar e nutricional com a pedagogia crítica ocorre na medida em que profissionais e educadores/formadores passam, em primeiro lugar, a se aproximar, lendo e buscando compreender os princípios pedagógicos da pedagogia crítica, cujo principal elemento não é tanto o conhecimento ou a informação em si, pois o conhecimento

(informação) sozinho não basta para gerar a consciência (ALVARENGA, 2019; GALISA *et al.*, 2015), mas sim, um processo de diálogo e a problematização da realidade em que os sujeitos vivem.

Ao passo que as pessoas falam sobre suas realidades alimentares e seus comportamentos alimentares, eles são passíveis de serem problematizados, e a partir disso, gerar processos de reflexão que levam os sujeitos a pensarem em alternativas viáveis e tomarem decisões para a mudança de comportamentos. Partindo da pedagogia crítica, na minha atuação de nutricionista não posso impor minha perspectiva, os meus conhecimentos, mesmo que sejam revolucionários, mas sim, por meio de um processo de construção de conhecimento conjunto, levar as pessoas refletirem, construir seu próprio conhecimento e transpor esses conhecimentos na prática cotidiana, chamado de literacia (HUSTON, 2010). No entanto, quando as pessoas colocam os conhecimentos em ação, esse passa a ser *práxis* (FREIRE, 1996).

O estudo e o trabalho prático de EAN utilizando a pedagogia crítica, pode ser parte da base necessária para compreender a importância de tal método e do quanto pode ser um diferencial no trabalho e no modo de educar em saúde, sobre a possibilidade de promover reflexões, conscientização e mudanças práticas sobre o modo de se alimentar.

A boa nutrição favorece o crescimento

O fornecimento de substratos constantes e água favoreceram o crescimento da muda como um todo, e resultaram no desenvolvimento de novos galhos. Nesta parte, são mostrados os primeiros resultados do cuidado com a pequena planta: o surgimento de novos galhos. O aprimoramento do estudo de dois principais temas, resultaram em produção científica e publicação.

6 RESULTADOS/PRODUTOS DO TRABALHO TEÓRICO

Neste tópico apresento os estudos resultantes da construção teórica e também do trabalho empírico de alguns dos assuntos que permearam esta pesquisa. Entre as produções teóricas que receberam ênfase, estiveram os seguintes²²:

1) CONTE, F. A; CONTE, I. I; DOLL, J. Mulheres de baixa renda e alimentos: entre o hábito alimentar e ter para comer. Revista Cocar, 2020. Neste estudo buscou-se, por meio de revisão integrativa da literatura, investigar como eram os hábitos alimentares e como era a alimentação de mulheres de baixa renda no Brasil (ANEXO I).

2) CONTE, F. A; DOLL, J. Problematização das metodologias na educação alimentar e nutricional: registros entre 2009 a 2019. Revista Espaço do Currículo, 2021. Esta pesquisa buscou identificar e problematizar os principais métodos utilizados por nutricionistas no trabalho de educação alimentar e nutricional no período de 2009 a 2019 (ANEXO II).

3) “Teorias da desigualdade e suas contribuições para pensar a saúde” (será enviado à Revista Análise Social; Qualis A1, 2022. O estudo teve por objetivo discutir as teorias clássicas da desigualdade social e suas relações com a área da saúde e da educação por meio de estudo teórico (ANEXO III).

4) No que se refere aos resultados do trabalho empírico, houve a publicação de um artigo em formato de capítulo de livro publicado no E-book do IX Congresso Internacional em Envelhecimento Humano: CONTE, F. A; DOLL, J. Autoavaliação da alimentação e das condições de acesso aos alimentos entre mulheres adultas maduras e idosas de distintas classes sociais, 2022. O estudo buscou analisar como as mulheres autoavaliaram a sua alimentação em diferentes tempos históricos, além de questões relacionadas a privações alimentares e falta de alimentos (ANEXO IV).

²² Resumos ao final do documento (ANEXO I, II, III e IV)

Os galhos apontam o caminho para formar a copa...

Os galhos principais e os secundários indicam o formato da árvore. São os galhos que tracejam o caminho para formar a copa. Alguns galhos por vezes precisam ser cortados para ajudar a desenvolver a planta e possibilitar a entrada de luz. Existem os galhos mestres, que indicam o principal caminho, e junto a eles, os galhos secundários e ainda os menores. São os métodos, técnicas e instrumentos que possibilitam atingir os objetivos. Nesse processo é necessário fazer escolhas e tomar algumas decisões.

7 CAMINHO METODOLÓGICO

Esta pesquisa, assim como praticamente todas as demais realizadas no período de 2018 a 2020 necessitaram de ajustes ou mesmo de alterações drásticas no seu desenvolvimento. Nesta pesquisa em questão, a pandemia por Covid-19 e a necessidade de distanciamento e isolamento social impossibilitaram a realização de um trabalho de educação alimentar e nutricional crítico em um formato presencial e em grupo. Conforme já mencionado nas primeiras páginas desta tese, necessitei transformar um projeto de Pesquisa-Ação, em um projeto de Estudo de Casos (individuais) por meio de ambiente virtual. Além da necessidade de modificar totalmente um planejamento inicial, me desafiei a tentar realizar um trabalho crítico em um ambiente não presencial, sem contato físico, o que pode parecer até controverso: trabalho crítico em um ambiente virtual e individual.

Independentemente da modalidade, virtual ou presencial, realizar um trabalho crítico em si, para quem possui uma formação de base tecnicista, baseado em prescrições, em padronizações, o desafio é grande. No ambiente virtual, ele se tornou maior, por não haver possibilidade de interação física e nem de produzir materiais coletivamente, o que facilita cair na “armadilha das prescrições”, na dicotomia do que certo e do que é errado, do que faz bem e do que faz mal, e assim por diante. Nesse sentido, apesar dos desafios encontrados, busquei principalmente realizar um trabalho pautado na problematização, que será detalhado mais adiante.

Antes de iniciar as reflexões ou mesmo discussão sobre o trabalho realizado, considero importante diferenciar minimamente os conceitos de ensinar, educar, Educação Alimentar e Nutricional (BOOG, 2013), Educação Alimentar e Nutricional Tradicional e Educação Crítica (AU, 2011).

De acordo com Boog (2013), “ensinar nos remete a algo mais concreto, porque implica em transmitir conhecimentos sobre determinado assunto, algo que se sabe, um conteúdo que é de nosso domínio” [...] educar nos remete à pessoa, educar diz respeito a alguém” (p.31). Educar no campo da Nutrição, segundo a autora, transcende o ensino de conteúdos técnicos de nutrição. Logo, a partir de tais conceitos, é possível dizer que ensinar se refere ao ensino de conteúdos concretos, enquanto educar envolve a pessoa na sua integridade, ou seja, remete ao trabalho educativo dentro da realidade, buscando, não apenas gerar conhecimento, mas também planejar e usar metodologias que instiguem a curiosidade, gerem reflexão e o desejo de mudar comportamentos.

A EAN, segundo Boog (*op. cit*) deveria ser um “tema transversal na formação do nutricionista” (p.53). A EAN implica não apenas em

transmitir informações e comunicar conceitos de nutrição, mas também penetrar na história de vida, na inserção social do sujeito, na cultura, no universo de significados afetivos que dão sentido às práticas de alimentação, tanto aquelas passadas de geração a geração como as que são construídas nas novas formas de viver (BOOG, 2013, p. 31).

O conceito de EAN tradicional, propriamente dito, não é um conceito formal, ela simplesmente existe, ou seja, trata do modo naturalizado de realizar ações de educação alimentar, com base nos conhecimentos da ciência da nutrição, como aulas expositiva, explicação de temas e assuntos relacionados a nutrição e terapia nutricional (CONTE, DOLL, 2021). Pode-se assim afirmar que na EAN tradicional, os métodos e técnicas utilizadas no trabalho educativo são condizentes com “o modelo pedagógico tradicional, que acentuam os aspectos tecnicistas da atuação do nutricionista” (SANTOS, ALVES, 2015, p. 434).

Já a EAN crítica-problematizadora é “um modelo” de ensino-aprendizagem questionador, não padronizado e não hegemônico de educação, que se preocupa e se volta aos problemas sociais e a uma sociedade desfavorecida socialmente, usando para isso, a problematização e por conseguinte, a geração de reflexões, conclusões e tomada de decisões que levarão à ação (práxis²³) e a mudanças na realidade dos sujeitos envolvidos (AU, 2011), empoderamento e autonomia (FREIRE, 1987).

A problematização, propriamente dita, refere-se ao “processo em que estudantes e professores fazem perguntas críticas acerca do mundo em que vivem, sobre as realidades materiais que ambos experimentam cotidianamente e em que refletem sobre quais ações eles podem realizar para mudar essas condições materiais” (AU, 2011, p. 251). A diferenciação desses conceitos é relevante para entendermos que nem sempre que dizemos que estamos realizando ou realizamos um trabalho de EAN, ele tenha necessariamente sido uma EAN, mas antes, um trabalho de ensino sobre alimentação ou nutrição.

Pondera-se que a EAN crítica segundo Valente (1989), que tem sua base na pedagogia Histórico-Crítica (inspirado em Dermeval Saviani), defendia que não era possível definir um modelo metodológico na EAN crítica, uma vez que ela vai ser desenvolvida durante o processo educativo, de acordo com as questões e problemas individuais dos participantes envolvidos na ação educativa.

Para dar seguimento a escrita do capítulo da metodologia, necessito ainda, antes de entrar nos métodos e técnicas, propriamente ditas, falar um pouco da pesquisa no campo da

²³ práxis “é reflexão e ação dos homens sobre o mundo para transformá-lo” (FREIRE, 1987, p. 21).

saúde. De acordo com Minayo (2008), por muito tempo se achou que as pesquisas quantitativas, biomédicas ou mesmo epidemiológicas puramente quantitativas dariam conta de responder às questões e os porquês do adoecimento, bem como achar soluções para os problemas de adoecimento, em especial até os anos 1970, quando surge um novo movimento para pensar as questões relacionadas à saúde através da história social, sob uma ótica marxista (MINAYO, 2008).

Minayo (2008, p. 67), a respeito das questões sociais, menciona que “se é verdade que os problemas sociais se expressam nas condições de saúde, é porque social está simultaneamente na própria produção fisiopatológica e epidemiológica, permeando e modificando suas manifestações e não apenas lhe dando continência”. Segundo a autora, os pesquisadores que fazem este movimento “estão rompendo barreiras e ampliando fronteiras do conhecimento, sem abrir mão do rigor e da competência” (MINAYO, 2008, p. 76).

Refletindo sobre essas questões, me desafiei a realizar um trabalho de intervenção educacional da área da nutrição, utilizando de método qualitativo para a realização da pesquisa em si e da análise dos dados que serão posteriormente detalhadas. Através de minhas leituras, interpretações e reflexões no campo da educação, me permito falar sobre pedagogia crítica, um modelo que inicialmente busquei compreender e, na atualidade, realizar na prática, em virtude do olhar social ao qual o modelo se volta.

É importante frisar que pedagogia crítica ou mesmo a educação não resolverá todos os problemas sociais existentes e obviamente, nem mesmo poderá ser realizado em todos os ambientes de ensino, tanto formal quanto informal, que pode ser uma proposta ou estratégia de educação de pessoas desfavorecidas socialmente, que estão ‘à margem’ da sociedade, fora do ambiente de ensino, e neste caso em específico, mulheres idosas da periferia que passam por diversos problemas sociais, entre eles, de alimentação e nutrição.

Nesse sentido, a pedagogia crítica (em saúde), deverá dar subsídios para a construção do processo de ensino-aprendizagem mútuo, de modo que permita, simultaneamente, um processo de reflexão e de conscientização. O trabalho de educação em nutrição em uma perspectiva crítica deverá mexer com conceitos e saberes prévios e acomodados, (tanto do lado do educando quanto do educador) entretanto, além da preocupação de como possibilitar o aprendizado e a conscientização em uma fase que possui saberes e experiências já petrificadas, também há o desafio em relação às questões cognitivas, que podem estar comprometidas nessa fase.

Trabalhar com um público maduro (adulto e idoso) significa que estaremos diante de pessoas com opiniões e saberes consolidados (resistentes às mudanças), que "falam muito", que podem ter muitas queixas, dores e doenças. Desde modo, me desafiei a realizar um trabalho de EAN pautado em preceitos metodológicos da Pedagogia Crítica, por meio do Estudo de Múltiplos Casos, de mulheres adultas maduras e idosas, usuárias do SUS, com distantes realidades econômicas e de escolaridade.

7.1 ESTUDO DE MÚLTIPLOS CASOS

O estudo de caso “visa conhecer em profundidade o como e o porquê de uma determinada situação” (FONSECA, 2002, p. 33) ao passo que busca desvelar “o que há nela de mais essencial e característico. O pesquisador não pretende intervir sobre o objeto a ser estudado, mas revelá-lo tal como ele o percebe”. De acordo com Fonseca (2002) esse método busca mostrar “como é o mundo do ponto de vista dos participantes” (p. 33), ou ainda, apresentar uma perspectiva global sobre algum tema.

Andrade e colaboradores (2017, p. 2) afirmam que estudo de caso é uma pesquisa empírica estruturada “que pode ser aplicado em distintas situações para contribuir com o conhecimento dos fenômenos individuais ou grupais. Segundo as autoras, este é um método adequado quando o(a) pesquisador(a) “busca responder questões que expliquem circunstâncias atuais de algum fenômeno social, na formulação de como ou por que tal fenômeno social funciona” (p. 2). Este desenho de estudo, segundo as autoras, envolve técnicas quantitativas e/ou qualitativas tanto para a produção, como análise de dados.

O estudo de caso é uma modalidade amplamente utilizada nas ciências biomédicas e sociais (SILVEIRA; CÓRDOVA, 2009) e pode ser realizada dentro de diversas perspectivas. De acordo com Silveira e Córdova (2009), esse modelo pode ser aplicado na investigação de uma instituição (como hospital), de um programa (como o programa Bolsa Família), um sistema educativo (uma escola, uma turma), pessoa(s), um evento (como uma eleição presidencial) ou ainda uma unidade social (sistema prisional, casa de passagem). Este formato de pesquisa permite o estudo simultâneo de casos múltiplos, como, por exemplo, o estudo de várias instituições concomitantemente, ou várias pessoas ao mesmo tempo.

7.2 RESUMO DO ESTUDO: O Quê? Com quem? Quando? Onde?

Esta pesquisa possui natureza empírica e utiliza como base um estudo de intervenção, cujo desenvolvimento ocorreu por meio do Estudo de Múltiplos Casos, com mulheres adultas

maduras (50 anos e mais) e idosas (60 anos e mais) que participaram de um trabalho de educação alimentar e nutricional crítica. Todas as mulheres estavam adstritas ao Sistema Único de Saúde (na cidade de Ijuí, no noroeste do estado do Rio Grande do Sul, cujos encontros aconteceram virtualmente.

O trabalho de intervenção ocorreu ao longo de seis meses, de forma individual, por meio de vídeo-chamadas no Google Meet. A organização e logística para os encontros foram sempre agendados com antecedência, utilizando como principal canal de comunicação telefonemas e conversas pelo aplicativo WhatsApp. Na Figura 1, pode ser visualizada a localização do município, que se localiza na região Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul-Brasil.

Figura 1: Localização geográfica do município de Ijuí-RS



Fonte: <https://pt.wikipedia.org/wiki/Iju%C3%AD>.

7.3 CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA E NÚMERO DE PARTICIPANTES

Foram selecionadas mulheres com idade igual ou superior a 50 anos, usuárias do Sistema Único de Saúde (SUS), em distintas condições socioeconômicas, ou seja, mulheres em situação de baixa renda e baixa escolaridade e mulheres de média a alta classe econômica e médio ou alto grau de escolaridade. A fim de contemplar mulheres com estes diferentes perfis socioeconômicos, estrategicamente, foi indicado pela Secretaria Municipal de Saúde de Ijuí-RS, o trabalho com mulheres residentes nos Bairros Getúlio Vargas (ESF 14 e 15) e São José (ESF 4).

Considerou-se como número inicial de participantes, um total entre cinco a sete mulheres, pensando em possíveis desistências. A determinação deste intervalo numérico se deu em função em detrimento do desenho do estudo ser de múltiplos casos, no qual, não há um limite definido, contudo, pensando na profundidade da pesquisa (tese), onde há um processo complexo de conhecimento e investigação sobre essas participantes, além dos vários encontros

individuais que seriam realizados (seis encontros), a escola de no mínimo cinco e máximo de sete pareceu ser o mais adequado.

7.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

O estudo de Balassiano, Seabra e Lemos (2005) buscou analisar “estatisticamente as relações entre escolaridade, salário e empregabilidade pela perspectiva de um modelo estrutural, visando avaliar premissas da teoria do capital humano e da empregabilidade numa situação concreta”. Os autores constataram que os indivíduos que possuem escolaridade mais baixa, concomitantemente recebiam os menores salários, sendo que houve acréscimo salarial a partir dos indivíduos que tinham ensino médio completo e nível superior.

Nesse sentido, para o desenvolvimento desta pesquisa, as participantes foram classificadas em três grupos: a) baixa renda e baixa escolaridade; b) renda e escolaridade intermediária, e c) alta renda e escolaridade. Essa classificação corresponde com os seguintes graus de escolarização e classificação de renda pelos critérios do IBGE (PNS-2013):

Baixa renda e baixa escolaridade

- Possuir até o Ensino médio incompleto.
- Renda familiar classificada como Classe baixa-baixa (família que recebe até R\$ 1980,00)

Renda e escolaridade Intermediária

- Ensino médio completo
- Renda familiar classificada entre baixa- baixa e média-baixa (R\$ 1980,00 e R\$ 5724,00).

Alta renda e escolaridade

- Ensino superior.
- Renda familiar classificada entre Classe baixa-média (R\$ 1908,00 a R\$ 2862,00) ou Classe média-baixa (R\$ 5724,00 a R\$ 9540,00).

Foram desconsideradas da seleção, mulheres que não estivessem dentro da faixa de idade estabelecida (igual ou superior a 50 anos), não adstritas ao SUS e mulheres que já estivessem em tratamento nutricional em algum outro programa (individual ou coletivo).

7.5 LOGÍSTICA E SELEÇÃO DAS MULHERES

Após definido o número de participantes e os critérios de elegibilidade, a logística para a escolha das candidatas foi feita por meio sorteio aleatório de números de telefones (de mulheres de 50 anos e mais) disponibilizados pelas ESFs, dos quais, foram sorteados doze. Imediatamente após o sorteio, realizou-se a primeira ligação, onde então, foi explicado

brevemente sobre o estudo. A mulher, ao manifestar interesse, era pré-selecionada. Em um segundo momento foi então investigada a renda e a escolaridade (que eram livres para responder ou não). Quando esta se encaixava nos critérios, já passava a ser selecionada.

Posteriormente ao levantamento das informações sobre renda e escolaridade, três mulheres representaram baixa renda e baixa escolaridade e outras três, alta renda e escolaridade, conforme os critérios pré-estabelecidos. Uma sétima candidata, que não se encaixava exatamente em todos os parâmetros, e que portanto, não seria selecionada, manifestou um forte desejo em fazer parte do estudo, assim, a mesma acabou sendo incluída.

7.6 IDENTIFICAÇÃO DAS PARTICIPANTES: escolha dos nomes

Cada uma das mulheres foi convidada a escolher um codinome para ser identificada no estudo, a fim de preservar a sua identidade, se assim fosse o seu desejo. Todavia, as participantes tinham a liberdade de não manter o anonimato do nome, conforme aspectos éticos da Resolução 466/2012 e 510/2016. Assim surgiram os seguintes nomes ou codinomes: Bere; Nega; Rosa; Rose; Joce; Lúcia; Vagalume Aprendiz.

7.7 PREPARAÇÃO DO CAMPO

Antes do início da intervenção, propriamente dita, foi realizada uma preparação de campo, na qual, foi realizado um encontro virtual com cada uma delas, para que elas conhecessem a pesquisadora/nutricionista. Neste primeiro encontro, eu me apresentei, falei um pouco sobre minha vida pessoal e profissional e também sobre o próprio funcionamento da pesquisa, as intenções com o desenvolvimento do estudo, o formato, entre outras questões. Cada uma das mulheres também falou um pouco de si, de sua vida, da alimentação e dos motivos ou interesses em participar do estudo.

Na oportunidade, foi lido o TCLE (Apêndice I) e o Termo de Autorização do Uso Imagens, Som e Voz para Fins de Pesquisa (Apêndice II) (que foi enviado previamente para cada mulher, via WhatsApp ou e-mail) e obtido o aceite verbal de todas (os quais foram gravados). Ainda nesse primeiro encontro, aproveitou-se a ocasião para conhecer de forma mais aprofundada o perfil das participantes, bem como as demandas de saúde ou nutricional de cada uma delas. A investigação se deu por meio da aplicação de um questionário semiestruturado (Apêndice III), com questões abertas e fechadas, que contemplavam dados socioeconômicos, sociodemográficos, questões relacionadas à saúde, alimentação e atividade física.

7.8 OS ENCONTROS EDUCATIVOS

O estudo consistiu em um trabalho de EAN crítica utilizando metodologia de ensino baseado em concepções freirianas no campo da alimentação e nutrição. Foi realizado ao longo de seis meses, com encontros mensais, individuais em ambiente virtual, entre os meses de abril a setembro de 2021.

No primeiro encontro (considerado oficial) para iniciar o trabalho de EAN, buscou-se avaliar os conhecimentos/saberes prévios das mulheres em relação à alimentação e a saúde/doença, por meio de uma entrevista gravada (Apêndice III) geraram mais dados sobre as principais demandas/necessidades (além do questionário referido anteriormente). No Quadro 1 pode ser visualizado, de forma resumida, como foi pensado a organização dos encontros virtuais.

Quadro 1: Cronograma de organização e estruturação dos encontros virtuais

Ações	Objetivo	Instrumentos/Estratégias
Preparação do Campo	Conhecimento das participantes- Questão Ética	Conversa livre sobre a vida. Explicação detalhada da pesquisa e suas questões éticas por meio do TCLE e consentimento verbal. Aplicação de questionário semiestruturado
Encontro inicial	História da vida alimentar; Conhecimentos prévios	Entrevista gravada contendo questões da história da alimentação ao longo da vida e dos saberes sobre nutrição, disponibilidade e acesso aos alimentos, origem e fonte das informações que possuem.
Encontros seguintes	Realizar um trabalho educacional crítico visando a conscientização, mudanças de comportamento alimentar e melhoria da saúde e EN.	Trabalho baseado nas demandas individuais e gerais e graus de conhecimentos das participantes. Nos encontros foram trabalhados a alimentação atual, a terapia nutricional com base nas alterações clínicas (exames laboratoriais ou doença autorreferida) por meio de trabalho educativo crítico, utilizando o diálogo, o aconselhamento nutricional e problematização.

Fonte: a autora

7.9 ESPECIFICAÇÃO DOS ENCONTROS

As ações educativas envolveram questionamentos e problematizações acerca da realidade alimentar e das condições de vida e saúde das mulheres. Todo o trabalho desenvolvido foi registrado em diário de campo e, em alguns momentos, por meio de gravações (como mencionado anteriormente) as quais foram objeto de análise e estudo.

No Quadro 2 é descrito de forma mais específica como foram divididos e abordados cada um dos encontros. Vale destacar que esta lógica foi construída, em parte de acordo com o planejamento mencionado acima (Quadro 1), em especial a preparação do campo e o primeiro encontro, os demais encontros foram sendo construídos com base nas demandas que iam surgindo, considerando as particularidades e demandas individuais. Não necessariamente cada participante realizou a mesma lógica no mesmo encontro, por exemplo, em alguns casos, a questão dos exames de sangue já surgiu no primeiro ou segundo encontro, o estudo dos rótulos, em sua maioria, foi realizado no terceiro encontro, mas em alguns casos foi realizado depois, todavia, a lógica de diálogo e problematização foi, na medida do possível, realizada com cada uma das participantes, em cada um dos encontros.

Entre as ações didáticas desenvolvidas durante os encontros, pode-se dizer que todas as construções foram muito particulares, de acordo com as demandas que se mostravam necessárias de serem abordadas, problematizadas e ensinadas. Entre as estratégias didáticas mais utilizadas, esteve a autoavaliação da alimentação e da saúde e a problematização da alimentação atual, englobando os aspectos positivos relevantes, bem como os comportamentos alimentares que contribuíram para a piora das suas condições clínicas pré-existentes, e a explicação de por que ou como aqueles alimentos agravavam aquelas condições, o que acontecia no corpo. Essas explicações em algumas vezes se deram por meio de construção de desenhos, como o desenho da curva glicêmica, e envio e explicação de imagens relacionadas ao índice glicêmico dos alimentos para as mulheres com pré-diabetes e diabetes.

Entre outras técnicas utilizadas para o processo de ensino-aprendizagem, destaco o estudo prático de rótulos de alimentos que as participantes consumiam e tinham em casa, contemplando a interpretação e a problematização dos ingredientes, por exemplo, ou de informações adicionais contidas nas embalagens. Além disso, foi realizada a interpretação e a problematização dos exames laboratoriais, e em alguns casos, explicações mais elaboradas, por meio da construção de desenhos envolvendo a fisiopatologia de doença ou dos agravos relacionados às condições clínicas pré-existentes como os perigos da hipercolesterolemia e hipertensão arterial.

Outras técnicas e métodos que se destacaram, foi a construção de planos alimentares pelas próprias participantes. Essa ação ocorreu em resposta à solicitação delas, quando pediram que a pesquisadora enviasse um “cardápio” ou uma “dieta” para elas. Nesse momento, elas foram instigadas a elas próprias produzirem um cardápio e enviar para a pesquisadora, com base nos conhecimentos que já tinham e que consideravam ser o ideal.

Essa solicitação em primeiro momento suscitou estranheza e até demorou para ser enviada (pois esperavam que a pesquisadora construísse). Após o envio, todas receberam *feedbacks*, enaltecendo sempre os pontos positivos, entretanto, foi problematizado os alimentos que não poderiam ser mantidos como parte de uma rotina alimentar, uma vez que mantinham alguns hábitos e comportamentos nocivos à saúde. A problematização abarcou o porquê era importante que aqueles alimentos fossem alterados e quais alternativas melhores elas teriam. Esse processo de autoconstrução do plano alimentar exigiu reflexão sobre os alimentos consumidos e hábitos alimentares.

Destaca-se ainda que o trabalho realizado com uma participante diabética (ainda não insulino-dependente) abordou alguns assuntos bem específicos sobre a doença e a terapia nutricional, como a contagem de carboidratos por meio do Manual de Contagem de Carboidratos (SBD, 2016) que ela imprimiu para o dia do encontro. De forma específica, foi trabalhado a explicação sobre como funcionava a lógica de contagem de carboidratos, a divisão da quantidade de carboidratos por refeição ideal para ela (e também para o esposo diabético e dependente de insulina), e como a contagem ajudaria no controle dos níveis de glicose.

A concretude das explicações foi posteriormente colocada em prática, onde a participante foi desafiada a buscar a informação da quantidade de carboidrato dos alimentos que ela gostava ou costuma comer. A participante era instigada a responder quanto ela poderia comer daquele alimento para que ficasse dentro da contagem.

O tempo médio de duração dos encontros individuais foi variável de acordo com cada participante e conforme o assunto abordado, entretanto, no geral, cada encontro teve duração média de 50 minutos a uma hora. Destaca-se que o encontro com a participante Rose, que abordou a contagem de carboidratos, foi o que mais despreendeu tempo, uma vez que levou uma hora e 30 minutos.

7.10 INSTRUMENTOS PARA A CONSTRUÇÃO DOS DADOS

a) Questionário semiestruturado e entrevistas

Conforme já mencionado, a construção dos dados e avaliação do estudo, englobou entrevista com perguntas abertas e fechadas (Apêndice II) e roteiro de entrevista inicial (Apêndice III) e final (Apêndice IV). Todo o trabalho desenvolvido foi registrado em diário de campo e em alguns momentos, por meio de gravações (mencionado anteriormente) as quais foram objeto de análise e estudo.

O questionário é uma construção que contempla questões da pesquisa “Propensão ao endividamento de pessoas idosas: um estudo sobre fatores de risco ao endividamento de pessoas idosas no Rio Grande do Sul”, do pesquisador Johannes Doll e do questionário “Questionário de avaliação da qualidade de vida e da saúde (QVS-80) de Leite *et al.* (2008), bem como de questões específicas elaboradas pela doutoranda a fim de responder os objetivos do estudo.

b) Histórias de vida

Para melhor compreender determinados aspectos da alimentação ou mesmo dos próprios problemas de adoecimento ou do estado nutricional das mulheres, realizou-se um roteiro de entrevistas a respeito da história da alimentação ao longo da vida destas mulheres, buscando, deste modo, explorar, aprofundar ou compreender as mudanças, motivos, origem e causas de determinados comportamentos alimentares e adoecimentos.

História de vida é parte da metodologia qualitativa biográfica onde existem dois principais personagens, o pesquisador que questiona ou entrevista e escuta, e, neste caso, a relatora da história de vida (MAGALHÃES *et al.*, 2017). A relação entre a pesquisadora e a narradora da história acontece por meio de um vínculo de confiança mútua que é construído ao longo do tempo. Todo o material produzido, gravado e transcrito ajudará a responder às questões da pesquisa.

As histórias de vida “podem possibilitar a abertura de novas interpretações e elaborações do vivido” (MAGALHÃES *et al.*, 2017, p. 469). Para Gaulejac (1996, p. 15 *apud* MAGALHÃES, 2017, p. 469) as histórias de vida

são ferramentas de historicidade que permitem ao sujeito “trabalhar sua vida” ao contá-la, jogar com o tempo da vida. Possibilitam reconstruir o passado restaurando-o e fazendo sua vinculação com a história para reencontrar o “tempo perdido”, reabilitando o que havia sido invalidado; possibilitam também ao sujeito sustentar o presente pela história incorporada, pela maneira que ela age sobre ele hoje, compreendendo em que a história é presente nele, o que lhe permite projetar um futuro situando-o em relação a esse passado.

c) Diário de Campo

Todos os encontros foram registrados em diário de campo, onde constam todas as informações sobre a conduta e ações realizadas com cada uma das participantes, em todos os encontros, além de observações e percepções que vão além do que foi dito. As informações contidas no diário também contribuirão para a análise e resultados.

d) Avaliação do estado nutricional e saúde

A avaliação do estado nutricional, como o peso da massa corporal e estatura utilizou informação autorreferida pela própria participante. Com os dados do peso e estatura calculou-se o Índice de Massa Corporal (IMC). A classificação do IMC seguiu os parâmetros da

Organização Mundial da Saúde (WHO, 2000) para mulheres adultas e da *The Nutrition Screening Initiative* (1994) para mulheres idosas (60 anos e mais).

A avaliação de possíveis efeitos/resultados da intervenção sobre a saúde foi realizada ao longo dos próprios encontros e ao final do estudo, por meio de questionamentos ou mesmo de relatos das próprias participantes sobre melhoras de sintomas (quando eram perceptíveis e sintomáticos), bem como por meio de exames laboratoriais realizados.

7.11 ANÁLISE DOS DADOS

Todos os dados produzidos ao longo da intervenção e após a finalização da mesma foram avaliados mediante duas perspectivas: uma qualitativa e outra quantitativa. Todos os dados que envolveram observação, gravações, relatos e escritas ou respostas de questões abertas dos questionários, foram avaliados por meio da técnica de análise de conteúdo. A análise de conteúdo “diz respeito a técnicas de pesquisa que permitem tornar replicáveis e válidas inferências sobre dados de um determinado contexto, por meio de procedimentos especializados e científicos” (MINAYO, 2008, p. 303) utilizando principalmente a técnica de inferência.

7.12 ANÁLISE DE CONTEÚDO

A análise de conteúdo segundo Minayo (2008) “busca a interpretação cifrada do material de caráter qualitativo” (MINAYO, 2008, p. 304). A partir delas se retira ou peneira as falas, depoimentos, ou documentos dos sujeitos a fim de “categorizar as unidades de texto (palavras ou frases) que se repetem, inferindo uma expressão que as representem”.

O desenvolvimento do método difere entre os diferentes autores, em relação às etapas para a realização da análise. Caregnato e Mutti (2006, p. 682) mencionam três principais etapas: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados e interpretação. O pesquisador Roque Moraes (1999) defende cinco principais etapas para o desenvolvimento do método, as quais foram usadas como base para a análise dos conteúdos levantados nesta pesquisa e estão descritas nos parágrafos que seguem.

Preparação: A preparação consiste em ler cuidadosamente os materiais com a finalidade de transformar os conteúdos em unidades de registro ou unidades de significado, ou seja, um elemento unitário de conteúdo que posteriormente passa a ser classificado. As unidades de análise são definidas pelo(a) pesquisador(a). Unidades podem ser “palavras, frases, temas

ou mesmo os documentos em sua forma integral” (MORAES, 1999, p. 5). As **unidades de análise** constituem um conjunto de dados brutos que podem ser mantidos na íntegra ou serem divididos em unidades menores. Após a elaboração das unidades, codifica-se cada uma delas em unidades menores. Todas as unidades precisam ter significado completo, e serem interpretadas sem o auxílio de nenhuma informação adicional.

Definição das unidades de contexto: A unidade de contexto de modo geral é mais ampla e contém diversas unidades de registro e se justifica, pois, ao longo do processo de codificação, elementos do texto vão ser perdidos, assim, ao retomar as unidades, possibilita-se uma forma mais completa do seu significado. Após as análises de contextos, pode-se iniciar as categorizações. Em casos em que o material a ser analisado é extenso, Moraes (1999), recomenda que seja realizado um trabalho de unitarização com uma parte do material, para posteriormente realizar a unitarização de todo o conteúdo.

Categorização “é uma das etapas mais criativas da análise de conteúdo” (MORAES, 1999, p. 6), “que necessita obedecer a um conjunto de critérios”, que compreende a validade, exaustividade e homogeneidade. A categorização está diretamente ligada ao número de categorias: quanto mais subdividir os dados, maior será o número de categorias e a precisão da classificação, contudo, um maior número de categorias pode gerar dificuldades de compreensão.

Minayo (2008) menciona quatro principais critérios: a **exaustividade**, que compreende a contemplação e **esgotamento** total de todas as falas; a **representatividade**, que se refere a representação fidedigna do universo de estudo, a **homogeneidade**, que compreende à obediência e precisão aos temas e, por fim, a **pertinência**, que trata da questão de que os conteúdos necessitam sempre estar adequados aos objetivos (MINAYO, 2008).

De acordo com Moraes (1999, p. 7) quando as categorias atendem ao critério da objetividade, “a classificação não será afetada pela subjetividade dos codificadores”. Segundo o autor, diferentes pesquisadores deverão chegar a resultados semelhantes ao trabalharem com as mesmas unidades de contexto, a partir das mesmas regras de classificação. As categorias resultantes do primeiro esforço de classificação, podem ser denominadas de categorias iniciais. As categorias advindas do reagrupamento progressivo, (menor número e mais amplas) podem ser denominadas de categorias intermediárias e posteriormente de finais.

Descrição: envolve a organização dos dados em tabelas e quadros, computando-se a descrição, as frequências e percentuais que aparecem no texto. Em caso da categorização possuir abordagem qualitativa, a descrição será produzida por meio da síntese de um texto onde

é expresso o conjunto de significados e as unidades de análise. Moraes (op. cit) recomenda que seja feito o uso intensivo de citações diretas dos dados originais.

Interpretação: A inferência (mais usada em pesquisa quantitativa) e interpretação (mais usada em pesquisa qualitativa) são as técnicas mais utilizadas para analisar o conteúdo trabalhado com maior profundidade. A interpretação explora os significados expressos nas categorias da análise por meio da fundamentação teórica ou mesmo de teorização, que se dá em um movimento circular e de retomada das unidades a fim de atingir profundidade na análise.

Em casos que não foi contemplado os requisitos ou princípios para a realização da análise, como a representatividade e homogeneidade, por exemplo, o método foi desconsiderado. Nestes casos, a análise dos conteúdos considerou os principais elementos da fala e a síntese dos mesmos.

7.13 ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA

Este projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, sob parecer nº 4.801.673 e número CAAE: 45803421.60000.5347. O estudo seguiu os preceitos éticos recomendados na resolução 196/96, utilizando dos princípios da bioética, beneficência, não-maleficência, autonomia, justiça e precaução, também da resolução 466/12, a qual preconiza, entre muitas questões, a garantia de anonimato e a livre participação dos sujeitos, bem como da Resolução 510, de 07 de abril de 2016, do Conselho Nacional de Saúde.

Foi realizada a leitura e explicação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Anexo 1) bem como do Termo de Uso de Som e Imagens (Anexo 2) no primeiro encontro. Todas as participantes receberam uma cópia de ambos os termos via e-mail ou *WhatsApp* (conforme a disponibilidade de cada uma).

O aceite da participante, em relação à participação no estudo, bem como da autorização do uso de imagens e voz (compulsório), foi realizado verbalmente e gravado. Todas as participantes foram avisadas sobre a livre participação, bem como da liberdade de desistirem a qualquer momento que quisessem. Também foram informadas do seu direito de acesso a seus dados e materiais individuais, no momento que desejasse.

A árvore crescida...

O conjunto de fatores: terra, nutrientes, sol, água e poda, resultaram no desenvolvimento de uma árvore robusta. Todo o processo teórico, metodológico e prático produziu os resultados que serão apresentados abaixo.

8 RESULTADOS

Os resultados de todos os dados produzidos ao longo da pesquisa foram divididos em seções ao longo da tese. Nesta primeira parte são apresentadas as biografias e a história alimentar das mulheres (8.1), cujos dados contemplam questões socioeconômicas e sociodemográficas, além da investigação da história alimentar em diferentes períodos da vida (Apêndice III). Nesta primeira parte constam ainda informações a respeito da disponibilidade, condições de acesso aos alimentos e privações alimentares (8.1.2 e 8.1.3) e avaliação dos conhecimentos iniciais ou prévios acerca de alguns temas específicos envolvendo a nutrição (8.4 -Apêndice IV).

8.1 BIOGRAFIAS E HISTÓRIA ALIMENTAR

Nas biografias das mulheres buscou-se mostrar, resumidamente, alguns dados a respeito do perfil socioeconômico, sociodemográficas, como idade, raça/cor, escolaridade, estado conjugal, local de nascimento (se interior ou cidade), renda, fontes de renda e as considerações das participantes a respeito da situação econômica. A investigação da história da alimentação das mulheres investigou três principais momentos: a investigação da alimentação atual, a alimentação ao longo da vida adulta e as condições de acessos aos alimentos e privações alimentares.

8.1.1 BIOGRAFIAS DAS PARTICIPANTES

A avaliação do perfil socioeconômico e sociodemográfico aponta que a média de idade entre todas as participantes foi de 54,42 anos. A maioria das mulheres referiram estar casadas (n=6, %=85,75), e se autodeclararam como brancas (n=5, %= 71,42), no entanto, uma delas se declarou parda e a outra, “morena”. A divisão dos dados a respeito da renda, apontou três principais divisões de *status* social: Baixa renda e baixa escolaridade (Bere, Nega e Rosa); Renda e escolaridade Intermediária (Rose) e Alta renda e escolaridade (Joce, Lúcia, Vagalume Aprendiz), conforme apresentado no Quadro 2.

A diferenciação das participantes em relação à escolaridade, renda e profissões apontou que entre as mulheres menos escolarizadas, a média escolar foi de 6,33 anos e variou entre 4 e 8 anos. A renda média dessas participantes foi de R\$ 1400,00 e variou entre R\$ 1100,00 a R\$ 1900,00 (valor oriundo de duas fontes: aposentadoria e trabalho de auxiliar de serviços gerais).

Entre as mulheres de melhor *status* social, a escolaridade média foi de 19 anos e variou entre 16 e 24 anos (essa participante possui duas graduações). A renda média individual entre essas mulheres foi de R\$ 4116,66 e variou entre R\$ 2750,00 e R\$ 5500,00. Aqui é importante pontuar que a renda individual da participante que referiu receber R\$ 2750,00 ou 1,5 salários-mínimos (no ano de 2021) não representa a sua real renda mensal, mas sim o que ela separa para si no mês. A participante preferiu não mencionar a real rentabilidade mensal. Por fim, a participante com condição social intermediária (Rose), possui 11 anos de escolaridade, renda mensal de R\$ 3000,00.

No que se refere às profissões, as participantes menos escolarizadas referiram as seguintes: do lar (Bere), cozinheira (Rosa) e auxiliar de serviços gerais (Nega). Entre as mulheres de melhor *status* social, as profissões variaram entre: comerciante (Joce, dona de mercados), contadora (Lúcia) e professora de escola estadual (Vagalume Aprendiz). A participante em situação social considerada intermediária é funcionária pública municipal.

No que se refere ao local de nascimento, quatro das sete mulheres nasceram e se criaram na zona rural e posteriormente migraram para a cidade, as demais nasceram e permaneceram no meio urbano. Em relação à constituição familiar, seis das sete mulheres possuem filhos, com exceção de Vagalume Aprendiz, que sempre permaneceu solteira.

No que se refere a situação de saúde e situação financeira, as mulheres de menor *status* econômico consideram suas condições financeiras como: estável, regular e média. A participante com renda e escolaridade intermediária (Rose) considerou que a situação econômica era boa, mas passou a ser razoável no período pandêmico. As participantes com melhor condições de renda referiram ser: muito boa, estável e privilegiada.

Quadro 2: Síntese dos dados socioeconômicos e sociodemográficos das participantes e suas respectivas condições sociais

Baixa renda e escolaridade	Alta renda e escolaridade
Bere - 50 anos, casada, definiu sua cor como morena, 4 anos de escolaridade. Profissão: do lar. Renda Individual (divisão da renda do esposo): R\$ 11000,00. Renda Familiar: R\$ 2200,00. Nasceu no interior e veio para a cidade com 25 anos. Tem dois filhos. Considerou a situação econômica estável.	Joce - 59 anos, branca, casada, 17 anos de escolaridade. (Formada em Biologia, Profissão: Trabalho Comercial - Dona de Mercados). Renda Individual: R\$ 2750,00; Renda familiar: R\$ 3850,00. Nasceu no Interior. Veio com 35 anos para a cidade. Tem 3 filhos. Considerou a situação financeira muito boa.
Rosa - 50 anos, casada, branca, estudou até a 7 série. Profissão: cozinheira de escola infantil. Renda individual: R\$1200,00; Renda Familiar: R\$	Lúcia - 51 anos, casada, cor branca, 16 anos de escolaridade. Profissão: Contadora e vendedora de cosméticos. Renda individual: R\$ 4100,00;

2700,00. Nasceu no Interior. Veio com 35 anos para a cidade. Tem 3 filhos. Considerou a situação econômica regular.	Renda Familiar: R\$6000,00. Nasceu no interior, veio com oito anos para a cidade. Possui 2 filhos. Considerou a situação financeira estável.
Nega - 60 anos, parda, casada, 8 anos de escolaridade. Profissão: Já está aposentada e ainda trabalha como auxiliar de Serviços Gerais. Renda Individual: R\$ 1900,00; Renda Familiar: R\$ 4000,00. Nasceu na cidade. Tem 2 filhos. Considerou a situação econômica média.	Vagalume Aprendiz - 57 anos, branca, solteira, 24 anos de escolaridade, graduada em Biologia e Matemática. Profissão: Aposentada (20 horas) e trabalha 20 horas em escola estadual. Renda individual: R\$ 5500; Renda Familiar: R\$ 8200,00. Nasceu na cidade. Não possui filhos. Referiu ter uma situação financeira privilegiada por ser funcionária pública, porém considerava que ganha pouco pelo trabalho que fazia.
RENDA E ESCOLARIDADE INTERMEDIÁRIA	
Rose - 54 anos, branca, casada, 11 anos de escolaridade. Profissão: Funcionária Pública Municipal, Renda individual: R\$ 3000,00 e Familiar: R\$ 4000,00. Nasceu na cidade. Tem dois filhos. Considerava a situação financeira boa e no momento pandêmico razoável.	

Fonte: a autora

8.1.2 HISTÓRIA ALIMENTAR, ACESSO E DISPONIBILIDADE DE ALIMENTOS

A investigação da história da alimentação das mulheres considerou informações da alimentação atual e ao longo da vida por meio das seguintes questões: “Vamos começar falando sobre como é a sua alimentação na atualidade: como você tem se alimentado na sua visão? Por quê?” (Quadro 3) e “Conte-me mais um pouco, como foi a sua alimentação ao longo da sua vida adulta” (Quadro 4).

A investigação da alimentação atual (Quadro 3) deixou evidente três principais situações: uma referente a percepção de que a alimentação não ia bem e necessita de mudanças, outra, em que as mulheres perceberam mudanças positivas na alimentação, como a redução de alguns exageros alimentares, redução de consumo de alimentos processados, percepção de que a alimentação estava mais saudável ou natural e, por fim, um terceiro ponto, onde uma participante referiu não ter mudado os seus hábitos, pois seguia com a rotina de vida de quando era mais jovem.

A classificação desta questão resultou em seis categorias distintas. Duas mulheres (Bere e Lúcia) avaliaram a alimentação como não adequada, e referiram faltar alguns alimentos na dieta, como, no caso da participante Bere, que referiu faltar salada e outras “coisas assim”, e se subentende que fossem legumes, ou ainda frutas. Bere referiu na entrevista, em um momento

informal, que come “qualquer coisa no almoço”, e nem sempre prepara as comidas básicas como feijão, arroz, macarrão, carne, que considera “triviais” porque ao meio-dia o esposo não almoçava em casa. No caso de Lúcia, a avaliação foi mais reflexiva. Ela autorreferiu mais detalhes como longos períodos de jejum pela manhã ou tarde, consumo de biscoito industrializado no lanche da tarde, quando realiza.

Na mesma questão, quatro participantes (Rosa, Rose, Joce e Vagalume Aprendiz), consideraram que a alimentação na atualidade estava melhor ou mais natural, e/ou equilibrada e/ou saudável, e entre as causas das melhoras, estava o envelhecimento, a partir das modificações do corpo e/ou da saúde (Joce, Lúcia, Vagalume Aprendiz), bem como mudança na estrutura familiar, a partir da saída dos filhos de casa (Joce), e o trabalho em *home-office* durante a pandemia (Rose). Entre as principais alterações mencionadas, estiveram, tanto a redução do volume de alimentos consumidos (Joce, Bere), quanto o aumento do volume (Vagalume Aprendiz, Rosa), a redução do consumo de gorduras (Joce) e a redução do consumo de *fast-foods* (Joce).

Na autoavaliação da alimentação, foram citados, de modo geral, pontos positivos e negativos. Uma parte das falas que ficou em destaque foi o prazer em comer (comer muito), e a tentativa de tentar controlar. Esses dois elementos aparecem de diferentes formas nos relatos de quatro participantes, entre elas, Rosa, Vagalume Aprendiz, Rose e Joce.

Rosa: “eu gosto bastante de comer bem. Às vezes eu tento me cuidar mas eu não consigo”.

Vagalume Aprendiz: “Meu problema é que eu como demais (risos), [...] eu tô além do peso por conta de gostar muito de comer”.

Rose: “eu tô controlando pra não deixar o meu povo comer muito macarrão, pinhão”.

Joce: “um final de semana a agente “abusa mais”, aí na segunda feira eu já sofro mais, me estufa”.

Por meio dos relatos evidenciaram-se algumas particularidades em relação à renda e o acesso (ou não) a uma maior diversidade alimentar. Entre as três participantes de renda elevada, percebeu-se uma maior diversidade alimentar ou de acesso aos alimentos. Vagalume Aprendiz afirmou: “estão incluídas nela (alimentação), todas as classes de alimentos: todas! [...] frutas, verduras, sementes, arroz, feijão, [...] grão de bico, [...] a gente só usa arroz integral”. A participante Joce relatou que come: “de manhã [...] uma fruta, um pão, leite [...]. Pão eu só como o integral, preto. E meio-dia minha comida é bem mais leve, mais verdura, feijão, arroz, carne muito pouco [...] eu tô me cuidando”. E Lúcia, que apesar de perceber que precisa incluir mais alimentos na dieta, referiu em outro momento, o consumo de uma diversidade de carnes: “carne, eu gosto tanto de peixe, quanto carne de gado, porco” (Quadro 4).

A mesma questão também mostrou que nem sempre uma maior escolaridade e renda, repercute sobre uma alimentação mais equilibrada e diversificada, todavia, ter uma maior escolaridade pode contribuir para uma maior capacidade de reflexão e compreensão do que está adequado e do que não está bom na alimentação. Esta questão é remetida à participante Lúcia que mencionou: “Olha, eu sei que eu não tô me alimentando adequadamente, tem um monte de alimento [...] que eu deveria colocar na minha alimentação [...] eu não tomo café da manhã, eu como uma fruta, e daí levo alguma bolachinha (biscoito água e sal ou do tipo Mignon) pra mim comer lá no meu trabalho [...] almoço, e de tarde eu não como [...]”.

Apesar de uma melhor condição econômica e de escolaridade não ser garantia de uma alimentação adequada e saudável (AAS), uma condição econômica desfavorável, elencada uma baixa escolarização, pode mais facilmente limitar o acesso a determinados grupos de alimentos ou mesmo dificultar uma maior reflexão sobre a alimentação. Nesta questão, destaco a seguir os relatos das três participantes de menor renda e escolaridade: Bere, Rosa e Nega.

Bere afirmou: “eu como o trivial [...] arroz, feijão, carne, massa, mandioca”, ou seja, os alimentos básicos da dieta, entretanto, percebe-se uma limitação de outros grupos alimentares que não foram citados, como frutas, sementes, azeite e laticínios, por exemplo. No relato da participante Nega e Rosa, parecia haver a mesma lógica limitadora sobre a autoavaliação da alimentação: Nega afirmou que a sua alimentação é normal, e o único problema é não se alimentar nas horas certas, ou seja, “pular” algumas refeições. Rosa afirmou que a alimentação “é bem boa e saudável” porque gosta “bastante de comer bem”, todavia, na mesma fala menciona que às vezes tenta se cuidar, mas não consegue, o que também mostra uma contradição.

Quadro 3: Categorização da Questão: Vamos começar falando sobre como é a sua alimentação na atualidade: como você tem se alimentado na sua visão? Por quê?

Categoria Inicial	Categoria intermediária	Categoria Final
Bere: [...] eu tenho me alimentado pouco, e com poucos ingredientes porque eu quase não como salada, essas coisas assim, e eu acho que é o preferencial, [...] eu como o trivial de todo dia: o arroz, o feijão, carne, uma massa, mandioca, [...] ontem no meu almoço comi dois pastéis e dois hamburguerzinhos que eu fritei pra ela, e foi o meu almoço.	Considera que come pouco, e poucos ingredientes. Come o trivial.	Come o trivial.
Lúcia: Olha, eu sei que eu não tô me alimentando adequadamente, tem um monte de alimento [...] que eu deveria colocar na minha alimentação [...] eu não tomo café	Tem muitos alimentos que deveria consumir.	Não se alimenta adequadamente .

da manhã, eu como uma fruta, e daí levo alguma bolachinha pra mim comer lá no meu trabalho [...]		
Rosa: acho que é bem boa porque eu gosto bastante de comer bem. Às vezes eu tento me cuidar mas eu não consigo, acho que é bem boa e saudável também. [...] de noite eu gosto mais de me alimentar do que de dia [...]	Tenta cuidar da alimentação, pela noite, a comida apetece mais.	A alimentação é boa e saudável, mas come em excesso.
Vagalume Aprendiz eu considero a minha alimentação saudável [...] estão incluídas nela, todas as classes de alimentos: todas! [...] frutas, verduras, sementes, arroz, feijão, [...] grão de bico, [...] a gente só usa arroz integral, feijão, uma proteína [...] um omelete e algum legume [...] eu faço um bifinho[...] um fio de azeite de oliva [...]. Meu problema é que eu como demais (risos), [...] eu tô além do peso por conta de gostar muito de comer.	Considera que consome todas as classes de alimentos, mas se considera acima do peso por estar comendo em excesso.	
Rose: agora que eu não tô trabalhando, que eu tô em casa, eu acho que ela tá mais natural, mais equilibrada, eu [...] por eu estar fazendo a alimentação, eu estar cozinhando, “hoje vou fazer isso, amanhã eu vou fazer aquilo”, isso tá ajudando bastante e eu tô controlando pra não deixar o meu povo comer muito macarrão, pinhão, coisas assim.	Está produzindo as refeições em casa, consegue fazer um melhor planejamento.	Está mais natural, mais equilibrada.
Joce: [...] tá bem diferenciada do que de anos atrás [...] de manhã [...] uma fruta, um pão, leite. [...] Pão eu só como o integral, preto. E meio-dia minha comida é bem mais leve, mais verdura, feijão, arroz, carne muito pouco [...]. Eu considero minha alimentação boa [...] um final de semana a agente “abusa mais”, aí na segunda-feira eu já sofro mais, me estufa. [...] a gente toma refrigerante, [...] maionese, uma carne a mais, [...] Hoje [...] a gente come menos...	A alimentação mudou com os anos. Considera a alimentação boa. Às vezes exagera no domingo, e na segunda não fica bem.	Está diferenciada dos anos atrás, está cuidando mais, e considera boa.
Nega: eu me alimento normal [...] Eu não me alimento nas horas certas. Eu tomo meu café ali pelas 9:30- 10 horas, daí eu almoço meio-dia, à tarde às vezes como, às vezes não. E janto mesmo até as 9 horas, eu acho muito tarde até....	A alimentação é normal, mas não se alimenta nas horas certas,	A alimentação é normal.

Fonte: a autora

A investigação a respeito da alimentação ao longo da vida (Quadro 4) resultou em sete diferentes categorias:

1. “Melhorou depois que casou” (Bere),
2. “Foi boa, nunca faltou comida” (Rosa),
3. “Não teve mudanças” (Nega),
4. “Mudou a alimentação depois que a mãe adoeceu” (Rose),
5. “Se modificou com a saída dos filhos de casa e com o envelhecimento” (Joce),
6. “A alimentação de modo geral se mantém natural” (Lúcia),
7. “Diferenças drásticas entre o período atual e período que trabalhava três turnos” (Vagalume Aprendiz).

De todas as categorias resultantes desta análise, chamou a atenção as duas primeiras, as quais correspondem às respostas das participantes Bere e Rose. Bere afirma que a alimentação “sempre foi boa, a gente sempre teve o que comer” e que melhorou depois que se casou, ou seja, depois que saiu da casa dos pais. Rosa afirmou que nunca faltou comida. Ficou evidente nestes dois relatos que a história alimentar delas está relacionada fortemente com a questão de ter comida, e não terem passado fome, mostrando que sua questão social/econômica do passado foi difícil, mas sempre teve acesso à comida.

Ambas as participantes nasceram e se criaram no interior, onde nem sempre há determinados alimentos disponíveis, seja por questões de época de produção, seja pela necessidade de acessar a cidade e comprar. No caso de Bere, o casamento e a consequente vinda para a cidade passaram a ser sinônimo de acesso a mais alimentos, entretanto aqui também ocorre uma questão ambígua, pois, nas respostas da indagação sobre a alimentação atual (Quadro 3) deixou evidente que na atualidade também faltam alimentos por faltar “ingredientes”, verduras e legumes (possivelmente).

Outra situação, mostrou que a alimentação melhorou a partir de uma experiência negativa relacionada à doença. Este caso é da participante Rose que relatou que há cerca de quinze anos atrás comia “muita bobagem, pizza, macarrão, pão, muito pão, sorvete, xis, só porcaria” e no momento que a mãe adoeceu ela precisou então aprender a cuidar da mãe, e para aprender a cuidar dela, precisou mudar a alimentação de todos.

A história alimentar de Joce apontou para mudanças alimentares a partir do momento em que os filhos saem de casa e permaneceram apenas ela e o esposo. Ela também menciona que algumas mudanças ocorrem a partir do aumento da idade, que junto trouxe modificações no corpo e o medo de adoecimento. Esses aspectos ficam perceptíveis nas seguintes afirmações: “eu tive os filhos, a gente comia mais, [...] tinha as crianças, daí fazia a janta, o café, tinha o almoço, comia mais, e de tarde e de noite sempre tinha janta [...] mas ela [alimentação] reduziu pela própria idade, por ter medo, coisa gorda eu gostava bastante [...] agora eu não como nada de gordura. Eu tirei essas coisas”.

A participante Lúcia, apesar de ter realizado uma análise negativa ou pessimista da sua alimentação na questão sobre alimentação atual (Quadro 3), afirmou na questão sobre alimentação ao longo da vida (Quadro 4) que ela se mantinha mais natural. De modo geral, ela sempre comeu a comida preparada em casa, entretanto, teve épocas que consumia muitos alimentos ultraprocessados (*fast-foods*) aos finais de semana e na atualidade pedia um pouco menos. Chamou a atenção neste caso que, atualmente ela tem uma pessoa da família (sogra)

que cozinha para ela, e em décadas passadas preparava o almoço no turno da noite para comer no outro dia. Aqui também mostra a importância da organização quando não se tem muito tempo.

A falta de tempo e a importância da organização foi também retratada por Vagalume Aprendiz, que relatou como longas jornadas de trabalho podem interferir na alimentação. Vagalume Aprendiz apresentou duas distintas situações na alimentação, uma comparando a época em que trabalha três turnos por dia na escola, e outra, quando se aposenta em uma das suas matrículas, e passa a ficar meio turno em casa.

A participante mostra que no período em que trabalhava 60 horas semanais, ela precisava ser muito prática e muito organizada para poder realizar as suas refeições, em especial, as refeições principais. Os curtos períodos de intervalo que tinha entre um turno e outro, faziam com que ela preparasse um prato à base de salada e uma proteína, e muitas vezes, ficava sem se alimentar, pois preferia tomar um banho e descansar. A partir do momento em que ela passa a ter um turno livre, lhe é possibilitado mais tempo para se organizar e preparar refeições mais elaboradas e completas.

Um comportamento comum relatado por todas as participantes, independente da classe e grau de escolaridade foi o consumo de produtos ultraprocessados e/ou *fast-foods*. O relato do consumo desses alimentos foi mais mencionado pelas participantes de maior escolaridade, enquanto entre as de menor escolaridade, essas informações foram sendo ditas de forma indireta e mais discretamente em outros encontros.

Vagalume Aprendiz: “eventualmente [...] vai numa festinha e come doce, come cachorro-quente, um pedaço de torta, cerveja [...].”

Joce: “um final de semana a agente “abusa mais”, aí na segunda feira eu já sofro mais, me estufa. [...] a gente toma refrigerante, [...] maionese, uma carne a mais.”

Lúcia: “fim de semana a gente pedia muito lanche, ou era xis, ou era um dog, pizza.”

Rose: “Muita bobagem, pizza, macarrão, pão, muito pão, sorvete, xis, só porcaria.”

Bere: “comi dois pastéis e dois hamburguerzinhos que eu fritei pra ela, e foi o meu almoço.”

Quadro 4: Categorização da questão: “Conte-me mais um pouco, como foi a sua alimentação ao longo da sua vida adulta”

Principais elementos da fala	Categoria intermediária	Categoria Final
Bere: Sempre foi boa, a gente sempre teve o que comer e depois que eu casei mudou bastante porque quase todos os finais de semana a gente come carne assada [...] quando a gente tava em casa [...] entre sete irmãos, não tinha condições de comprar o que gostava de comer, agora eu consigo.	Todo final de semana come carne assada, tudo o que quer comer, pode comprar. Quando morava com os pais não podia.	Melhorou depois que se casou.

<p>Rosa: Foi boa também, claro, alguma necessidade sempre passa, mas assim, sempre tinha aquilo que alimentava, pra comer sempre tinha. Nunca faltou nada e era na colônia [...] tinha bastante derivado de leite “e coisa”, carne a vontade, verdura. Eu acho que foi boa, não posso me queixar.</p>	<p>No interior, às vezes faltava algum alimento, mas de modo geral, o que produziam comia-se à vontade.</p>	<p>Foi boa, nunca faltou comida.</p>
<p>Nega: “eu acho que sempre foi a mesma, porque a minha vida sempre foi corrida [...] eu comia do mesmo jeito, eu continuo a mesma coisa [...] eu saia de manhã, eu tinha esse horário de café, depois eu só chegava no almoço, a tarde às vezes a gente nem fazia lanche, era a janta. Era assim: sempre a mesma coisa, o mesmo ritmo.</p>	<p>Come do mesmo jeito que comia. Sempre teve um ritmo acelerado de trabalho.</p>	<p>Não teve mudanças.</p>
<p>Rose: Muita bobagem, pizza, macarrão, pão, muito pão, sorvete, xis, só porcaria, agora há 15 anos pra cá que eu comecei a mudar a minha alimentação porque a minha mãe ficou doente, ela tinha Alzheimer, ela era diabética, ela era hipertensa e então ali eu tive que aprender a cuidar dela e pra aprender a cuidar dela eu comecei a mudar a alimentação de todos.</p>	<p>Passou a comer menos <i>fast foods</i> e alimentos refinados com o adoecimento da mãe, que tinha que ter uma alimentação restrita.</p>	<p>Mudou a alimentação depois que a mãe adoeceu.</p>
<p>Joce: [...] Depois de casada, eu tive os filhos, a gente comia mais, [...] Aquilo que era uma comilança [...] eu saio as vezes pra jantar [...] eu me cuido [...] eu acho assim, a diferença de uns 15 anos atrás, uns 50% mudou [...] ela reduziu pela própria idade, por ter medo, coisa gorda eu gostava bastante [...] agora eu não como nada de gordura. Eu tirei essas coisas...</p>	<p>Está comendo menos desde que os filhos saíram de casa. A alimentação foi diminuindo com a própria idade e pelo medo de adoecer.</p>	<p>Modificou-se com a saída dos filhos de casa e com o envelhecimento.</p>
<p>Lúcia: eu sempre comi comida feita em casa [...] fim de semana a gente pedia muito lanche, ou era xis, ou era um dog, pizza, agora [...] pede um pouco menos. E eu fazia de noite a janta, e de meio dia a gente esquentava, eu saia trabalhar, e agora a minha sogra que cozinha [...] e de noite eu faço a janta.</p>	<p>Mantém o hábito de comer comida feita em casa, entretanto, na atualidade come bem menos lanches prontos.</p>	<p>A alimentação de modo geral se mantém natural.</p>
<p>Vagalume Aprendiz: uma época que eu trabalhava no estado 60 horas [...] eu tinha que ser muito prática [...] eu fazia geralmente um picadinho de frango ou carne, [...] dava uma flambada na frigideira e comia com salada. Eu tinha as porçõezinhas, [...] eu queria descansar um pouco, [...] no final de semana organizava o almoço pra semana [...]</p>	<p>Sempre precisou ser muito organizada, em especial quando trabalhava três turnos. De modo geral, sempre procurou manter uma alimentação saudável.</p>	<p>Diferenças drásticas entre o período atual e quando trabalhava três turnos.</p>

Fonte: a autora

O livro recente, baseado no estudo sobre a cadeia de alimentos, realizado por Walter Belik (2020, p. 4), mostrou que o Brasil “é um dos países com maior desigualdade e concentração de renda do mundo: há enorme distância entre os que ganham mais e os que ganham menos”. Conforme o pesquisador, as “famílias de maior renda gastam muito mais com

alimentação do que as mais pobres” (p. 5). Essas discrepâncias foram constatadas nesta pesquisa, por meio dos relatos das participantes Bere, Rosa, Joce e Vagalume Aprendiz.

No relato de Bere, ficou evidente que a alimentação possui pouca diversidade alimentar quando ela afirma: “eu tenho me alimentado pouco, e com poucos ingredientes [...] eu como o trivial de todo dia”. Rosa, ao falar da alimentação ao longo da vida, menciona que nunca faltou comida, posteriormente muda o tempo verbal e afirma “claro, alguma necessidade sempre passa” e depois segue: “mas assim, sempre tinha aquilo que alimentava, pra comer sempre tinha”.

A identificação de maior diversidade alimentar foi observada nas falas de Joce e Vagalume Aprendiz. Joce afirmou que alimentação contém sempre: “uma fruta, um pão, leite. [...] Pão eu só como o integral, preto. E meio-dia minha comida é bem mais leve, mais verdura, feijão, arroz, carne muito pouco [...] eu tô me cuidando [...]”. Neste caso, a limitação do consumo de carne foi referida como uma questão de saúde, de autocuidado. A mesma situação foi identificada no relato de Vagalume Aprendiz: “eu considero a minha alimentação [...] saudável [...] estão incluídas nela, todas as classes de alimentos: todas!”

Nesta pesquisa ficou evidente que mulheres com maior renda e mais elevada escolaridade relataram uma maior diversidade alimentar ou ainda uma maior reflexão sobre pontos negativos, ou carenciais na dieta, entretanto, a maior escolarização e renda não foram sinônimo de alimentação saudável apenas.

Por meio das entrevistas, ficou evidente que todas as mulheres, independente da classe ou grau escolar, consumiam de forma mais ou menos frequentes produtos ultraprocessados e/ou *fast-foods*. Nesse sentido, a pesquisa de Belik (2020, p. 16) mostrou que cada vez mais os brasileiros, nos últimos anos,

têm comprado mais refeições prontas ou produtos processados e ultraprocessados. Em 16 anos, enquanto o consumo de alimentos *in natura* teve queda de 7%, os alimentos ultraprocessados subiram 46%”. Fatores como falta de tempo, preço atrativo e exposição à propaganda influenciam nessa mudança de hábito alimentar. Os ultraprocessados têm substituído muitas refeições no dia a dia e podem ter efeitos perversos na saúde, aumentando os índices de doenças crônicas não transmissíveis como obesidade e diabetes.

Conforme Belik (2020), a grande maioria desses produtos são consumidos ao longo do dia, substituindo os alimentos *in natura* ou minimamente processados. Este achado corrobora com os relatos da nossa pesquisa por meio da história da alimentação, mas também em outros momentos das falas (não gravados) e do próprio trabalho educativo. Uma das participantes que referiu o consumo de ultraprocessados na história alimentar foi Lúcia, que afirmou: “daí levo

alguma bolachinha pra mim comer lá no meu trabalho”. Apesar de este ser o único relato do consumo de produtos prontos para o consumo nos lanches, outras mulheres também consumiam esses alimentos nos intervalos das refeições principais, entre elas: Bere, Rose, Rosa e Joce.

O pesquisador (*op. cit*) alerta que os produtos ultraprocessados além de contribuir para aumentar o risco de deficiências nutricionais, favorecem o desenvolvimento de doenças cardiovasculares, diabetes e vários tipos de câncer, e, para além desses problemas, efeitos de longo prazo sobre a saúde são cumulativos e desconhecidos. De acordo com pesquisador (*op. cit*) é “a variedade na composição de alimentos no prato que possibilita o consumo de nutrientes de forma abrangente e diversificada.” (2020, p. 9), logo, a diversidade alimentar nem sempre é possível nas classes baixas porque se torna oneroso. Segundo ele, “a escolha dos alimentos está relacionada com características ligadas ao paladar da população e com aspectos sociais, culturais e econômicos de consumo” (p. 9).

A investigação da história alimentar possibilitou mostrar algumas distinções em relação aos diferentes graus de escolaridade. Assim como a renda pode ser um fator limitador ou facilitador de acesso aos alimentos, a escolaridade também parece influenciar sobre percepções e reflexões acerca da alimentação.

Mulheres de mais baixa escolaridade, apresentaram menor quantidade de elementos e informações da alimentação, e de modo geral, avaliaram a alimentação como boa ou saudável, sem mencionar quais eram os elementos que tornavam a alimentação saudável. Elas também tiveram maiores dificuldades de identificar possíveis alimentos prejudiciais à saúde. Mulheres de mais elevada escolaridade trouxeram maiores informações e reflexões sobre o que estavam comendo, como, por exemplo, o que estava incluído nas refeições, ou mesmo a consciência de que nem todos os grupos alimentares estavam inseridos.

Além da escolarização como um fator limitador ou facilitador de reflexões, outros dois elementos podem ajudar a explicar a visão mais restrita sobre a alimentação: um deles pode estar relacionado ao próprio *habitus* (BOURDIEU, 1986) onde determinados grupos alimentares, de modo geral, não eram consumidos ou estavam presentes na dieta de modo esporádico, e, portanto, não foram citados e nem mesmo identificados como alimentos faltantes. Outro aspecto se dá em torno da própria renda, que dificulta ou não permite o acesso a alguns alimentos ou a grupos alimentares porque são mais onerosos, como no caso das sementes e grãos integrais, brotos, azeite de oliva ou outros óleos/gorduras vegetais prensados à frio, peixes ricos em ômega 3 ou até mesmo derivados de leite, por exemplo.

Outro ponto a ser discutido se dá em relação às mudanças alimentares ao longo dos anos. Algumas das participantes afirmaram que a alimentação atual estava diferente dos anos passados. Ficou perceptível que as mudanças foram realizadas a partir de alguns eventos que ocorreram no percurso da vida. Aqui neste ponto posso citar quatro casos: a participante Rose afirmou que melhorou a alimentação dela e da família a partir do adoecimento da mãe, a qual necessitou dos seus cuidados. A participante Joce mudou a alimentação a partir do momento que se modificou a estrutura da família, a participante Vagalume Aprendiz passou a se alimentar melhor quando reduziu a carga horária de trabalho a partir da conquista parcial da aposentadoria. E por fim Bere, que na sua percepção, melhorou a alimentação depois que se casou, ao passar a ter acesso a alimentos que não tinha quando morava com os pais.

Todas essas particularidades mostram que as mudanças percebidas na alimentação ocorreram gradualmente, ao longo da vida e a partir de eventos específicos, como o casamento (Bere), aposentadoria (Vagalume Aprendiz), mudança na estrutura familiar e envelhecimento (Joce), adoecimento de familiares próximos ou da própria pessoa (Rose). Aqui pontua-se ainda que existem diferenças na alimentação da infância e adolescência, quando não havia, por exemplo, alimentos industrializados e ultraprocessados. A alimentação era basicamente a comida básica, feita em casa. Ao passo que novos alimentos e produtos prontos para o consumo vão sendo comercializados, eles também passam a ser inseridos na alimentação.

8.1.3 RENDA, DISPONIBILIDADE E ACESSO AOS ALIMENTOS

A avaliação sobre privações alimentares e falta de alimentos em casa estão apresentados nos Quadro 5 e 6, respectivamente. No que se refere às privações alimentares, duas mulheres de baixa renda (Bere e Nega) e duas de elevada renda (Joce e Lúcia) afirmaram que não se privam, enquanto as demais afirmaram se privar quando algum alimento está ou está muito caro.

Entre as participantes que afirmaram não se privar, há diferentes pontos de vista para a não privação. Bere e Nega, por exemplo, não deixam de comprar o que gostam de comer (Bere) ou o que precisam (Nega). Para Bere, em especial, comprar o que tem vontade de comer aparenta ser uma prioridade por dois motivos. Um deles diz respeito a privações alimentares que teve quando morava em casa com os pais e o outro, em relação ao prazer e ao significado da comida: “a gente aproveita o que come, né?”. A comida para Bere, é algo prazeroso e acessível que pode lhe suprir ou substituir outras formas de prazer, a qual ela não tem acesso.

A privação de alguns alimentos para Rosa, Rose e Vagalume Aprendiz ocorre basicamente pelo mesmo motivo: os valores elevados dos alimentos. No relato das participantes, algumas mercadorias, por vezes são excluídas (Rosa) ou substituídas por alimentos de outros grupos (Vagalume Aprendiz) ou por marcas mais baratas/inferiores (Rose). No caso de Rose, a privação ocorre por duas razões, uma delas pelo elevado preço dos alimentos básicos, e outra pelos filhos, quando deixa de adquirir alguma coisa para si, para poder sanar os pedidos/desejos deles: “algumas vezes eu como mãe, e eu acredito que continuo me privando”.

Quadro 5: Você se priva de comprar algum alimento que gosta ou necessita:

Categoria Inicial	Categoria Intermediária	Categoria Final
Bere: Não, e nunca me privei, o que eu gosto de comer eu vou lá no mercado e compro, [...] porque do dinheiro a gente aproveita o que come né? [...] depois que eu me casei sempre tive, se dava de lombriga de ir lá comprar alguma coisa a gente vai lá, compra e come.	Compra o que tem vontade de comer, não deixa de levar, mesmo que seja mais caro.	Não se priva.
Nega: Não, eu não deixo de comprar um alimento, eu não me privo, só que assim, ó, se eu não tô comprando alguma coisa que tá me faltando, eu não sei o que é. [...] Mas eu não me privo, se eu tiver que comprar alguma coisa eu compro.	Não se priva, se tiver que comprar alguma coisa compra.	
Joce: Não, é como eu te falei, às vezes eu não sei buscar, mas posso comprar, se você me der certinho, eu vou buscar nos mercadões grandes que tem, eu vou [...]. Mas vou tentar mudar.	Não, [...] às vezes eu não sei buscar, mas posso comprar	
Lúcia: Não, eu não me privo de nada.	Não se priva.	
Rosa: Ahh, não, sei, acho que não. Ahh, sim, essas coisas, que é mais caro a gente quase não compra: atum, requeijão, daí a gente deixa. Às vezes fazer alguma receita que precisa [...] tem que comprar, não tem jeito.	Alimentos mais caros e não essenciais quase não compra.	Priva-se de comprar se é muito caro.
Rose: [...] algumas vezes eu como mãe, e eu acredito que continuo me privando [...] da alimentação [...] tudo subiu muito[...] continuo me privando, não digo assim, todas as coisas, mas alguma coisa ou outra. Aí tu pega uma coisa melhor, aí já pega outra numa qualidade mais inferior.	Já se provou e continua se privando, não todas as coisas, mas algumas.	
Vagalume Aprendiz: Ultimamente a questão da semente: [...] nem sempre a gente compra, as vezes a gente se priva por conta que tá caro, [...] a gente prioriza outras coisas: frutas [...] daí a gente se priva um pouco [...] eventualmente a gente, suprime alguma ou outra coisa.	Suprime alguma coisa ou outra porque está tudo muito caro.	

Fonte: a autora

O resultado da indagação sobre falta de alimentos ou de algum grupo alimentar (Quadro 6) apontou que duas mulheres (Rose e Vagalume Aprendiz) referiram que não faltava nenhum alimento ou grupo alimentar. Por outro lado, três participantes (Rosa, Lúcia e Bere) afirmaram que às vezes faltava algum alimento e as demais (Joce e Nega) e relataram ser possível que faltasse, mas não sabiam identificar qual(ais). Entre os alimentos que às vezes faltam em casa, foram citados, a salada (verduras cruas e/ou cozidas), mencionado por Bere e Lúcia, e “alguma fruta”, referido por Rosa.

Quadro 6: Alimentação na atualidade- Falta algum alimento ou grupo alimentar?

Principais elementos da fala	Categoria Intermediária	Categoria Final
Rose: Não. Acredito que não.	Acredita que não.	Não falta nada - Nenhum.
Vagalume Aprendiz: Não, não considero que falta, não considero!	Considera que não falta nada.	
Rosa: Não, eu não considero que falta, às vezes alguma fruta pode faltar, mas quase sempre tem.	Pode acontecer de faltar alguma fruta.	Sim, às vezes falta.
Bere: Não, é a salada que a gente sempre deixa de lado, salada a gente deixa de lado [...]. Aí é a salada, sempre a salada que a gente deixa de lado [...] alface não dá pra ter guardado a semana toda em casa.	Aí é a salada, sempre a salada que a gente deixa de lado.	
Lúcia: Eu acho que poderia ter mais verdura. Assim, eu como, carne, eu gosto tanto de peixe, quanto carne de gado, porco, feijão, e daí salada eu sei que eu teria que comer mais, e legume bastante.	Come pouco legumes e verduras.	
Joce: Eu na verdade talvez sinta, porque eu como mamão, eu tenho esse problema de intestino, eu como empurrado, eu já não gosto mais [...] mas eu como porque é necessário [...] não tô quase mais tolerando [...]	Sente falta (precisa) de alimentos para substituir o mamão, que consome diariamente.	
Nega: “Não [...] Eu acho que falta alguma coisa sim, mas eu não sei o quê, entende? [...] tu come um arroz, um feijão, uma massa, uma salada [...], ah, eu salada como bastante. Eu adoro salada, mas eu acho que ainda falta alguma coisa. Só que eu não o quê!	Acredita que falta, mas não sabe dizer o quê.	

Fonte: a autora

A análise da questão sobre privação de compra de alimentos, bem como da falta de alimentos em casa, mostrou que havia privação na compra de alimentos mais caros, tanto entre

mulheres de baixa renda, quanto entre mulheres de renda mais elevada. No que se refere à falta de alimentos ou de grupos alimentares, evidenciou-se que não há falta de comida para nenhuma das participantes, mas “algumas vezes” a falta de alguns alimentos como frutas (Rosa), verduras e legumes (Lúcia, Bere) e ainda, uma questão de desconhecimento sobre a falta ou não de algum alimento ou grupo alimentar (Joce e Nega).

O cruzamento das informações a respeito de privações e falta de alimentos, mostra algumas ambiguidades. No caso da participante Bere, por exemplo, houve o relato de que ela não se priva de comprar o que gosta, entretanto, na questão seguinte, afirmou que faltava salada na alimentação, mostrando que faltava um grupo específico de alimentos, verduras e/ou legumes, possivelmente. Nesse ponto, não é possível saber qual é o motivo real dessa falta e aqui levanto algumas indagações: não tem salada porque são alimentos caros e perecíveis? não tem por que possui um valor restrito de renda que é disponibilizado pelo esposo? ou por que prioriza comprar outros alimentos que gosta e, portanto, deixa de lado as verduras? E, por fim, a última hipótese, a falta de hábito de comer salada seria o principal motivo?

Um ponto que chamou a atenção em relação à mesma participante foi de que para ela, a aquisição dos alimentos que gosta, pareceu ser uma prioridade, já que teve privações alimentares quando morava com os pais, portanto, não admite mais passar vontade de comer o que gosta. Nesse sentido, pode-se afirmar que para quem passou por necessidades em alguma fase da vida, em especial infância e adolescência, o acesso (disponibilidade) aos alimentos que foi carenciado não é mais admissível: “nunca me privei”, “ai não vou levar isso porque é muito caro”, graças a Deus, depois que eu me casei sempre tive”. O acesso à alimentação que gosta para Bere, além disso, tem uma forte relação com aproveitar a vida, já que não tem, aparentemente, acesso a outras formas: “a gente aproveita o que come”.

A participante Nega, apesar de possuir baixa renda, frisou que não se priva, e compra o que é preciso, pontuando que, se falta alguma coisa, é pelo fato de ela não saber, ou seja, por falta de conhecimento: “eu não me privo, só que assim, ó, se eu não tô comprando alguma coisa que tá me faltando, eu não sei o que é”. A mesma situação pode ser aplicada à participante Joce, que além de possuir elevada renda, é dona de uma rede de mercados, logo, a questão de não ter algum alimento é uma questão de falta de conhecimento.

Entre as mulheres que afirmaram se privar da compra de alguns alimentos, o principal motivo foi o elevado preço dos alimentos. As privações feitas na tentativa de economizar, foram referidas por mulheres de diferentes classes, mas mostraram algumas particularidades. Para Vagalume Aprendiz, por exemplo, a privação referida foi sobre a aquisição de sementes

oleaginosas e grãos de bico que, de modo geral, não fazem parte do consumo alimentar de pessoas de mais baixa renda. No caso de Rose, a privação se dá em um sentido de deixar de comprar alguns itens no mercado, que ela considera caros, como atum ou requeijão. Rose, por sua vez, que possui uma renda intermediária, não deixa de comprar, mas adquire produtos de marcas inferiores que são mais baratos.

No que se refere à falta de alimentos em casa (Quadro 6), houve o relato da falta de verduras, legumes e frutas por algumas mulheres, o que pode retratar uma questão de monotonia alimentar. Apesar de que houve relatos sobre privações e a falta de alguns alimentos e entre mulheres de distintas classes sociais, sabe-se que a monotonia está inserida muito mais fortemente entre as populações de baixa renda. A monotonia de acordo com Hehnke *et al.* (2021, p. 242) se refere a “ausência de variação/diversidade alimentar”, caracterizado por um prato que contempla apenas “alimentos convencionais da cultura em que estão inseridas, sem indícios de mudanças ou variação nas escolhas”.

Esta pesquisa revelou que as participantes de renda mais elevada, possuem acesso a uma maior diversidade de alimentos, que pode ser constatado nas falas das três participantes (Vagalume Aprendiz, Joce e Lúcia), enquanto entre mulheres de baixa renda, há uma menor diversidade alimentar, como no caso de Bere, por exemplo, quando menciona que come “o trivial de todo dia”.

Hehnke e colaboradores (2021, p. 242) apresentaram diversos discurso acerca da monotonia alimentar, e entre eles, chamou a atenção o seguinte: “Meu prato seria de arroz, verdura e frango”; “Bem básico mesmo, né, uma salada, um arroz, uma carne [...] nada que fuja muito do tradicional” [...] eu acho que o brasileiro ele é bem básico, aquilo que a gente é acostumado a se alimentar em casa”. Essa resposta possui uma forte aproximação com a fala da participante Bere quando afirma: “ontem no meu almoço comi dois pastéis e dois hamburguerzinhos que eu fritei pra ela, e foi o meu almoço”.

O levantamento de informações a respeito da privação (ou não) sobre a aquisição de alimentos ou grupos alimentares, bem como o questionamento sobre falta (ou não) de alimentos em casa, apontou que todas as mulheres tinham acesso à comida, todavia, algumas privações na aquisição de determinados alimentos ou grupos de alimentos foram relatados, tanto entre mulheres de baixa (Rosa e Rose) como de elevada renda (Vagalume Aprendiz). A falta de alguns alimentos ou grupos alimentares como frutas, verduras e legumes (FVL) também foram mencionados (Rosa, Lúcia e Bere).

A autoavaliação sobre a alimentação atual mostrou particularidades, mas também alguns elementos em comum. De um ponto de vista geral, pode-se afirmar que todas as mulheres possuem uma alimentação à base de alimentos produzidos em casa, mas que também consomem ou possuem na alimentação, produtos ultraprocessados e *fast-foods*, em especial aos finais de semana. Embora de modo menos frequente quando comparado a décadas passadas, e neste ponto, pode-se inferir que a acentuação do envelhecimento, as modificações do corpo e/ou saúde geraram alguns receios que repercutiram sobre mudanças no comportamento alimentar.

Com a investigação da história alimentar percebeu-se que uma maior escolarização pode contribuir para uma maior reflexão sobre o que se está comendo ou deixando de consumir, enquanto uma menor escolarização, elencada a baixa renda pode ser mais limitadora na autoavaliação da alimentação. Mulheres de menor renda e escolaridade tiveram maiores dificuldades de encontrar “falhas” na sua alimentação, ou seja, avaliaram a alimentação como “normal” (Nega), “bem boa e saudável” (Rosa), sem conseguir identificar a falta de grupos alimentares ou mesmo elementos pontuais que podem ser prejudiciais (Bere) à saúde a longo prazo.

No que se refere à renda, em especial à mais baixa renda, evidenciou-se que há relação entre baixa renda e falta de acesso a alguns alimentos. Mulheres que tiveram restrições alimentares ou a alguns alimentos e/ou produtos que eram desejados na infância e juventude, compensaram essas faltas mais tarde, na vida adulta/idosa, quando passaram a ter condições.

Os diferentes discursos mostram que a diversidade alimentar é algo mais difícil entre quem possui uma renda mais baixa, enquanto, quem possui uma condição financeira melhor, tem acesso a uma maior variedade de alimentos. Aqui também pode ser percebido que essa menor ou maior diversidade alimentar possui interferência da infância/adolescência, basicamente influenciado pelos alimentos que tinham em casa. Quem não comia salada na infância, segue não sentindo falta, apesar de saber que é importante consumir (Bere).

O levantamento de informações a respeito de privações, disponibilidade e acesso aos alimentos mostrou que todas as mulheres, em especial as de baixa renda, têm acesso diário e contínuo aos alimentos e à comida, entretanto os dados mostraram que existem privações e a falta de alguns alimentos ou mesmo de grupos alimentares não apenas entre as mulheres de baixa renda, mas também entre aquelas com renda mais elevada, entretanto, as privações de compra/aquisição ocorre de forma distinta entre as mulheres das diferentes classes sociais.

Na questão sobre faltar algum alimento e/ou grupo alimentar, cinco mulheres responderam positivamente à pergunta, entretanto, duas delas (Nega e Joce) não sabiam identificar quais alimentos poderiam estar faltando. Essa identificação pode ser uma questão mais complexa para algumas pessoas, pois exige um conhecimento mínimo dos grupos alimentares, bem como o acesso a eles. Logo, a identificação pode ficar limitada ou restrita aos alimentos consumidos habitualmente, sem sentirem falta de outros.

8.1.4 AVALIAÇÃO DOS CONHECIMENTOS INICIAIS

A avaliação acerca da origem dos conhecimentos sobre a alimentação foi realizada antes do trabalho de intervenção (Quadro 7), bem como os conhecimentos que elas possuíam sobre alimentação saudável (Quadro 8) e não saudável (Quadro 9), leitura e interpretação de rótulos (Quadro 3). A primeira questão mostrou que os saberes das participantes vêm de distintos lugares, que incluíram, diálogos com nutricionista em conjunto com os conhecimentos da vida (Bere e Rosa), saberes vindos/transmitidos por familiares (Nega e Vagalume Aprendiz), saberes do trabalho e da vida (Joce), depoimentos médicos (Lúcia) e uma única participante que respondeu que não costumava buscar informações sobre essas temáticas (Rose).

Ao longo da entrevista, a questão sobre as fontes de conhecimento sobre alimentação foi mencionado novamente por Vagalume Aprendiz, quando respondia a outra questão do estudo (Como é a sua alimentação na atualidade?). No depoimento dela, ficou evidente que seus conhecimentos sobre alimentação provém também da escuta de depoimentos médicos, da leitura de livros, o qual é também um tipo de *hobby*, e da participação em cursos on-line: “eu tenho acompanhado o trabalho pelo *Youtube*, que é perfil de uma médica chamada Ana Chavier, e eu estou fazendo um curso com ela, *on-line*, e a palestra dela foi tão boa que eu me motivei e acabei de abandonar uma coisa que se chama sedentarismo [risos]”.

De modo geral, é possível dizer que a origem dos conhecimentos que as participantes possuem foram construídos ao longo da vida e são oriundos de distintos lugares. Entre as respostas mais frequentes e significativas esteve o aprendizado construído pela experiência prática ou mesmo do trabalho com os alimentos. Uma outra fonte de conhecimentos mencionada foi a por meio de consultas com nutricionista (três mulheres). Na mesma questão, percebeu-se o quão significativo são os aprendizados produzidos na infância, que podem ser considerados e perpetuados ao longo da vida, como no caso de Vagalume Aprendiz: “da minha memória, do que a minha mãe e o meu pai contam”.

Outra resposta relevante para discussão acerca dos aprendizados foi trazida pela participante Rose, que mencionou que não costuma buscar informações, exceto se algo que lhe chamasse a atenção. Aqui não fica explícito se ela se refere a reportagens da televisão, por exemplo, ou de notícias da internet, ou ainda outros lugares, nem mesmo a razão pela qual ela não manifesta interesse.

Quadro 7: De onde ou de quais fontes você adquire os seus conhecimentos sobre alimentação na atualidade

Categoria Inicial	Categoria Intermediária	Categoria Final
Bere: eu vou no mercado e compro uma coisa diferente. Tive na nutricionista também, já umas duas vezes por causa dos meus triglicerídeos e colesterol...	Da nutricionista e do contato com alimentos.	Da nutricionista e da experiência.
Rosa: Olha, eu fiz um curso de alimentação e quando eu ia na nutri, ela também me explicava bastante. E a nutricionista na escola também, às vezes ela fala [...] e da experiência também de casa	De cursos de capacitação com nutricionista e os saberes de casa.	
Nega: Mais é a minha nora mesmo e a televisão [...] Ele assiste muito essas reportagens e a gente comenta em casa, e a minha nora, e a televisão, o jornal mesmo.	Informações da nora e do esposo.	De familiares.
Vagalume Aprendiz: Da minha memória, do que a minha mãe e o meu pai contam, tem uma tia [...] que morava em São Paulo e veio pra cá, [...] ela conta muita coisa da minha infância...	Da memória que tem sobre o que os pais e uma tia falavam.	
Joce: [...] vem lá de traz, [...] eu trabalho mais na venda, então a gente já tem um conhecimento [...] o que é mais saudável, o que é menos saudável [...] eu vou por mim, pelo o que eu me alimento. [...] Eu sei porque eu vivo nesse mundo da comida.	Vem dos saberes do próprio trabalho e das experiências que ela tem.	Saberes do trabalho e da vida.
Lúcia: Eu tiro da internet. Lendo depoimentos médicos sobre alimentação.	Depoimentos médicos.	Depoimentos de médicos.
Rose: Não, só se for alguma coisa que me chama a atenção, mas não sou de prestar a atenção.	Não costuma prestar atenção.	Não costuma se informar.

Fonte: a autora

A análise das respostas da concepção que as mulheres tinham sobre alimentos saudáveis (antes do trabalho de EAN) e não saudáveis é apresentada nos parágrafos seguintes. O primeiro tema resultou em apenas duas categorias: “alimentos *in natura* e minimamente processados”. A primeira categoria representou a maioria das respostas, sendo referida por cinco mulheres

(Bere, Rosa, Rose, Joce e Vagalume Aprendiz) e a segunda, pelas demais participantes (Bere e Lúcia).

As respostas que resultaram na categoria alimentos *in natura* e minimamente processados, foram representadas principalmente pela citação de exemplos de alimentos saudáveis. Entre os mais citados, estiveram verduras, legumes, feijão, arroz, banha, frutas e carne. Entre as respostas que resultaram na categoria “isenta de ultraprocessados”, foram referidos produtos prontos para o consumo e alimentos industrializados, como sinônimo de ultraprocessados.

Entre alguns dos adjetivos ou significados elencados à alimentação saudável, destaco a fala de três mulheres. Alimentação saudável para Nega significa “comer uma alimentação bem preparada, com tempo, com pouco sal, gordura, não comer fritura, “porcaria””. Joce associa a alimentação saudável aos alimentos fornecidos na introdução alimentar, ou seja, uma alimentação baseada em alimentos naturais e minimamente processados: “eu acho que o alimento mais saudável é a verdura, as frutas [...] o primeiro alimento que tu dá pra um bebê é o caldo do feijão [...] as verduras [...] a beterraba, a cenoura [...] a carne [...] a maçã [...]”. Por fim, Vagalume Aprendiz associou a alimentação saudável aos alimentos *in natura* que podem ser consumidos crus: “são os alimentos que não passam por cozimento, desnaturação, no geral, os alimentos crus são os mais saudáveis”. Nessas respostas, percebe-se a tentativa das mulheres em se aproximarem deste discurso.

Quadro 8: Categorização das respostas da questão: O que são alimentos saudáveis? Dê exemplos

Categoria Inicial	Categoria Intermediária	Categoria Final
Bere: Verduras e Legumes são os mais importantes, mas quase não tem, só final de semana. Come qualquer coisa”, come o trivial, (feijão, arroz) que não falta na mesa do brasileiro	Verduras, legumes, feijão, arroz.	Alimentos <i>in natura</i> e minimamente processados.
Rosa: [...] no feijão eu coloco a banha, [...] quando eu coloco um ossinho de porco, não coloco a banha [...] saladas também. E fruta, e verdura, carne, mais fígado também eu tenho que comer por causa do meu ferro, beterraba [...] arroz branco.	Feijão, banha, salada, frutas, carne, legumes, arroz.	
Rose: Frutas, verduras e legumes são saudáveis, e excluir (cortar) macarrão, massas em geral, batata (frita).	Frutas, verduras e legumes.	
Joce: Alimentos saudáveis são aqueles que se dão nas	São os alimentos	

primeiras refeições aos bebês, como caldo de feijão, feijão, legumes cozidos, carne, também as frutas, como a maçã.	fornecidos na introdução alimentar.	
Vagalume Aprendiz: São os alimentos que não passam por cozimento, desnaturação, no geral, os alimentos crus são os mais saudáveis, do que aqueles que passam por cozimento.	São os alimentos naturais que não precisam passar por cozimento.	
Nega: Comer uma alimentação bem preparada, com tempo, com pouco sal, gordura, não comer fritura, “porcaria”. Com uma vida corrida é mais difícil.	Uma alimentação com pouco sal e gordura, isenta de ultraprocessados.	Isenta de ultraprocessados.
Lúcia: Saudável são os alimentos que não são industrializados, um alimento mais natural.	São os alimentos ultraprocessados.	

Fonte: a autora

A questão sobre alimentos não saudáveis resultou em duas categorias: “alimentos naturais podem não ser saudáveis”, e “alimentos ultraprocessados”. A primeira categoria, apontou que uma alimentação, mesmo que natural, pode não ser saudável quando se consome em excesso, estando entre eles, o açúcar, banha (Bere), carnes gordas e frituras (Nega). A segunda categoria, “alimentos ultraprocessados”, resultou da menção de alimentos como “salsicha, achocolatado, bala” (Rosa), “margarina” “*schmier*” (Rose), “bolachas recheadas, [...] refrigerante, [...] salgadinhos” (Joce), “batata frita” (industrializada), além de *fast-foods* como xis e pizza (Rose).

Pontua-se que na categoria “alimentos ultraprocessados” foi mencionado o termo industrializado, que pode remeter tanto aos alimentos ultraprocessados, mas também aos alimentos processados e/ou minimamente processados. Aqui pode haver uma confusão sobre os conceitos das classes desses alimentos, que não foram diferenciados ou conceituados durante os encontros, entretanto, a participante Vagalume Aprendiz quando menciona industrializados, cita exemplos de alimentos processados e minimamente processados como os “enlatados, as massas, até os pães” que contém “muita coisa ruim junto”, assim como Lúcia que cita os alimentos enlatados, os quais contêm “bastante conservantes, bastante açúcares, gorduras”.

Entre os diversos relatos sobre o tema alimentação não saudável, destaco as respostas das participantes Rosa, Rose e Vagalume Aprendiz. Para Rosa, alimentos não saudáveis “são aqueles que não vem direto da natureza [...]”. Rose, cita exemplos de alimentos que ela consome, como: “batata frita, xis, pizza, muita gordura, margarina, nata, a margarina tá bem difícil pra tirar aqui em casa, mas a nata eu já tirei, *schmier* eu já tirei, leite condensado, doce [...], batata frita”.

Por fim, a concepção de Vagalume Aprendiz, apontando que o processo de industrialização dos alimentos para conservar os mesmos por mais tempo os torna não saudável: “são processados, alimentos industrializados, tudo, os enlatados, as massas, até os pães [...] todos os alimentos que passam por processo de industrialização pra que ele seja, pra que dure mais tempo”.

Quadro 9: Categorização da questão: O que são alimentos não saudáveis? Cite exemplos.

Categoria Inicial	Categoria Intermediária	Categoria Final
Bere: [...] o açúcar não é uma alimentação saudável, o azeite ²⁴ [...] coisas que não é pra gente comer [...] Tem muitos alimentos que não são saudáveis, mas assim a gente não lembra...	Gordura refinada e de origem animal, e açúcar.	Alimentos naturais podem não ser saudáveis.
Nega: [...] uma batata frita, daí tu come uma carne gorda e eu acho que isso não é saudável, [...] essas frituras que a gente bota na mesa não é, não é saudável.	Batata frita, carne gorda e frituras em geral.	
Rosa: Alimento não saudável são aqueles que não vem direto da natureza, passam por um processo, exemplo: salsicha, achocolatado, bala, é essas coisas aí.	São aqueles que vêm da indústria.	Alimentos ultraprocessados.
Rose: Batata frita, xis, pizza, muita gordura, margarina, nata, a margarina [...] nata [...] <i>Schmier</i> [...] leite condensado...	Alimentos industrializados, ultraprocessados e <i>fast foods</i> .	
Joce: [...] um pirulito, [...] as bolachas recheadas, [...] refrigerante, salgadinhos, doces e o refrigerante.	Alimentos ultraprocessados.	
Lúcia: É por exemplo esses enlatados, que tem bastante conservantes, bastante açúcares, gorduras, bastante, tipo uma carne bem gorda. É isso.	Alimentos processados, açúcares e gordura.	
Vagalume Aprendiz: são alimentos que são processados, alimentos industrializados, tudo, os enlatados, as massas, até os pães [...] todos os alimentos que passam por processo de industrialização pra que [...] dure mais tempo	Alimentos industrializados e processados.	

Fonte: a autora

No Quadro 9 é demonstrado as respostas a respeito do costume de ler os rótulos dos alimentos antes de comprá-los. Nesta questão, em específico, percebeu-se que o tema dos rótulos não era de domínio da grande maioria (seis) das participantes. Três delas referiram não

²⁴ Óleo de soja

ler o rótulo, três referiram ler informações como “validade”, “se contém glúten” e “se é do tipo 1 ou 2”, mostrando uma visão muito limitada em relação às informações como um todo. A tabela nutricional foi mencionada por apenas uma única participante (Vagalume Aprendiz) que referiu observar, além da validade, a quantidade de sódio, gorduras e calorias. Todavia, não era possível saber se a leitura desses itens eram de fato interpretados, ou seja, o que significam esses valores e se eles são considerados dentro das suas devidas porções.

Quadro 10: Você costuma ler os rótulos dos alimentos antes de comprá-los? Em caso afirmativo, quais informações você procura olhar?

Leitura e Interpretação dos Rótulos
<p>Bere: Olhava a validade e se o alimento era do “Tipo 1 ou 2”.</p> <p>Rosa: Não.</p> <p>Nega: Sim, a validade e contém glúten.</p> <p>Rose: Não.</p> <p>Joce: Sim, validade.</p> <p>Lúcia: Não.</p> <p>Vagalume Aprendiz: Sim, sódio, gorduras, validade e calorias.</p>

Fonte: a autora

O “Glossário Temático: Alimentação e Nutrição” (BRASIL, 2013, p. 15) conceitua alimentação saudável como: “Alimentação equilibrada”. Padrão alimentar adequado às necessidades biológicas e sociais dos indivíduos e de acordo com as fases do curso da vida”, a qual deve ser “acessível (física e financeiramente), saborosa, variada, colorida, harmônica e segura quanto aos aspectos sanitários”. Dentro deste conceito são consideradas ainda as práticas alimentares, a valorização do consumo de alimentos saudáveis, regionais, considerando aspectos comportamentais e afetivos relacionados à alimentação.

Nos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) o mesmo termo possui palavras alternativas como dieta saudável, dieta consciente e dieta prudente. O conceito do termo resulta em “padrões de alimentação cuja importância tem sido atribuída à redução do risco de doença”. Já o conceito de alimentação não saudável, não foi identificado no Glossário (*op. cit*), nem mesmo na consulta ao DeCS. Apesar disso, podemos então dizer que, alimentação não saudável, é o oposto do que significa alimentação saudável.

O termo alimentação não saudável, apesar de não ter um conceito consolidado, ou não ser um termo ideal, ou bem-visto por alguns pesquisadores, é usado tanto em meio popular, quanto em alguns estudos (AMAYA-HERNÁNDEZ *et al.*, 2012; STEELE *et al.*, 2020) e pode remeter, tanto uma questão comportamental em relação à alimentação, como “restrição

alimentar, compulsão alimentar e alguns comportamentos compensatórios”²⁵ (AMAYA-HERNÁNDEZ *et al.*, 2012, p. 344), bem como, pode retratar o consumo de alimentos pouco ou não saudáveis, a exemplo do estudo *NutriNet Brasil* (STEELE *et al.*, 2020, p. 1) no qual foi usado a expressão “*unhealthy (ultra-processed foods)*”, ou seja, alimentos pouco saudáveis traduzidos como alimentos ultraprocessados.

De acordo com os pesquisadores do estudo *NutriNet Brasil* (*op. cit*) a identificação de “*unhealthy*” entre a população de estudo foi realizado por meio da aplicação de uma “lista de marcadores de alimentos não saudáveis” (p. 3) que incluiu 23 grupos de alimentos ultraprocessados, entre os quais estão:

refrigerante, suco engarrafado ou enlatado, bebida de frutas preparada a partir de mistura em pó, bebida láctea achocolatada, bebida à base de chá, iogurte aromatizado, salsicha ou hambúrguer ou *nuggets*, presunto ou salame ou mortadela, pãezinhos, pãezinhos ou qualquer tipo de pão embalado, margarina, batata frita congelada, maionese ou ketchup ou mostarda, molho de salada pronto para consumo, macarrão instantâneo ou sopa em pó instantânea, pizza congelada ou em cadeia, lasanha congelada ou outros congelados refeições prontas, batatas fritas ou salgadinhos ou biscoitos embalados, biscoitos com ou sem recheio, bolos de marca (não caseiros ou artesanais), *muffins* ou tortas doces, barra de cereais, sorvetes ou picolés, barra de chocolate ou bombons de chocolate, e cereais matinais açucarados (p. 3).

De modo geral, pode-se dizer que as participantes, tiveram dificuldades para elaborar algum conceito para os temas alimentação saudável e não saudável, entretanto, todas elas foram capazes de exemplificar de forma coerente os alimentos e/ou produtos alimentícios que representam cada um dos tópicos. É relevante ainda nesta questão mostrar que, nos casos em que alimentos considerados saudáveis foram citados como não saudáveis, estavam inseridas questões particulares ou de restrição alimentar devido às condições clínicas pré-existentes.

No que se refere à temática dos rótulos, é importante inicialmente mencionar que eles “servem como um veículo de comunicação entre o consumidor e o produto” (BENDINO; POPOLIM; OLIVEIRA, 2012, p. 261). As informações contidas nas tabelas nutricionais ou mesmo nas embalagens dos alimentos têm a função de orientar aos consumidores sobre o que se está consumindo (MARINS; JACOB; PERES, 2008; BENDINO; POPOLIM; OLIVEIRA, 2012). Devido à falta de conhecimento de como utilizar e interpretar as informações, o consumidor não atribui a devida importância aos mesmos (BENDINO; POPOLIM; OLIVEIRA, 2012).

De acordo com Martins, Jacob e Peres (2008), entre as pessoas que costumam ler os rótulos a metade delas não compreendem adequadamente o significado das informações. Muitos consumidores deixam de ler as embalagens devido ao pequeno tamanho das letras ou a

²⁵ Tradução livre

linguagem utilizada que dificulta a compreensão. Gonçalves *et al.* (2015) ao realizar um estudo transversal com 70 consumidores de um mercado da região central da cidade de São Paulo, constataram que 35,71% dos entrevistados não verificavam os dados dos rótulos e apenas 15,71% deles compreendiam as informações da tabela nutricional.

Todos esses fatos podem representar as causas pelas quais três das sete mulheres declararam não ler os rótulos antes de comprar. Outras três referiram olhar elementos que são facilmente identificados nas embalagens e que não exigem interpretação. A exceção sobre a leitura dos rótulos foi da participante Vagalume Aprendiz, que referiu olhar elementos como sódio, gorduras e calorias, mostrando haver um conhecimento um pouco maior sobre o rótulo.

Síntese dos resultados da Avaliação dos Conhecimentos Iniciais

De modo geral, todas as participantes, por meio de suas concepções de vida, sabem o que são alimentos saudáveis e não saudáveis. Todas as mulheres conseguiram citar exemplos de alimentos saudáveis e não saudáveis, mas pouco se conseguiu abordar/produzir um conceito ou significado propriamente dito acerca dos dois temas.

No que se refere à leitura e interpretação dos rótulos, identificou-se que há pouco ou isento conhecimento sobre as informações contidas nas embalagens de modo geral, que se traduziu nas respostas “não”, “validade”, “glúten” e “se é do tipo 1 ou 2”. A leitura e interpretação dos rótulos mostrou que este é um tema ao qual a grande maioria das participantes não tinha conhecimento, inclusive entre duas das três que possuíam ensino superior. Nesse sentido, a temática dos rótulos se mostrou como um ponto fundamental a ser trabalhado na abordagem educacional.

As primeiras flores...

A floração indica um estágio de maturidade e, ao mesmo tempo indica que todas as condições mínimas de desenvolvimento foram atingidas. Se tudo ocorrer bem, serão posteriormente desenvolvidos os seus frutos.

8.2 OS ENCONTROS

Nesta parte da tese, é apresentado de forma resumida cada um dos encontros individuais e as ações realizadas ao longo dos seis encontros. Os encontros foram nomeados de acordo com as principais abordagens ou principais temas que foram realizados, e estão resumidos no Quadro 11.

Quadro 11: Resumo dos encontros e trabalho educativo realizado

<p>1 História de vida e demandas gerais: buscou-se conhecer a história pregressa e atual em relação à alimentação, bem como as demandas de saúde, o que sabiam sobre a alimentação nessas condições e o que iriam fazer (mudar na prática).</p> <p>2 Conhecendo o comer: trabalho com base no R24H e problematização da alimentação, levantamento de alternativas, aconselhamento e combinados para iniciar mudanças alimentares na prática.</p> <p>3 Estudo (prático) dos rótulos: as participantes foram desafiadas a buscar alimentos prontos para consumo que tinham em casa. Posteriormente foi trabalhado a leitura e interpretação da tabela nutricional e lista de ingredientes. No fim problematizam-se os produtos que estavam consumindo, fazendo com que cada participante tirasse suas próprias conclusões sobre o produto.</p> <p>4 Exames laboratoriais, diagnóstico e problematização: as mulheres foram convidadas em encontros anteriores a disponibilizarem exames laboratoriais pré-existentes (recentes) ou mesmo novos. Através dos exames foi trabalhado os diagnósticos, a fisiopatologia, as implicações sobre a saúde e a terapia nutricional.</p> <p>5 O que falta mudar? Nesse dia as mulheres foram instigadas a falar quais mudanças práticas realizaram, bem como as principais dificuldades encontradas, as mudanças que não foram possíveis e o trabalho em cima das possibilidades e viabilidades para realizar a mudança, além da problematização sobre a doença ou mesmo sobre o comportamento mantido, ou modificado.</p> <p>6 Aprendizagens e mudanças práticas: foram repetidas as perguntas realizadas na primeira entrevista acerca dos temas sobre alimentação, rótulos e sobre o que sabiam sobre a doença e tratamento nutricional após os encontros. Foi reforçada a necessidade de seguirem cuidando de si, independente de terem ou não acompanhamento nutricional.</p>
--

Fonte: a autora

Nas páginas que seguem, são detalhados cada um dos encontros e ações realizadas com cada mulher (8.2.1 a 8.2.6). É importante pontuar que, embora houvesse uma linha de trabalho ou uma lógica para trabalhar com as participantes, nem sempre o tema ou ações seguiram fielmente a mesma lógica ou ordem, pois respeitou-se as particularidades e demandas trazidas pelas próprias participantes. Um exemplo nesse sentido pode ser do terceiro encontro, onde, o foco foi trabalhar a leitura e interpretação dos rótulos (demanda geral), todavia, nesse dia, nem todas as participantes tinham algum produto pronto para o consumo para ser estudado e o enfoque se deu em outro tema ou demanda.

8.2.1 PRIMEIRO ENCONTRO: HISTÓRIA DE VIDA E DEMANDAS GERAIS

No primeiro encontro foi investigado a história alimentar atual e ao longo da vida (Capítulo 8.1.1), bem como questões sobre condições de acesso e disponibilidade de alimentos, privações alimentares (Capítulo 8.1.2), conhecimentos prévios sobre assuntos de nutrição (Capítulo 8.1.3), que já foram abordados anteriormente.

Além dos dados acima mencionados, investigou-se os principais problemas nutricionais ou demandas de saúde de cada participante, que são trabalhados nesta parte do capítulo e foram resumidos e apresentados no Quadro 12. Adicionalmente neste encontro, foi questionado o que elas sabiam sobre a alimentação/nutrição para aquelas doenças/alterações e o que iriam fazer na prática para modificar ou melhorar aquela condição.

De modo geral, pode-se dizer que a maioria das participantes consideraram a sua saúde boa (Nega, Rose, Joce e Vagalume Aprendiz), e as demais consideraram razoável (Bere, Lúcia) e regular (Rosa). A investigação acerca de doenças pré-existentes ou alterações clínicas foram investigadas por meio de dados autorreferidos. Entre as doenças ou alterações clínicas mais prevalentes estiveram: hipertensão (Bere, Rosa, Lúcia), hipercolesterolemia (Bere, Lúcia), excesso de peso (Rosa, Rose, Joce, Lúcia), hipotireoidismo (Rosa, Vagalume Aprendiz), pré-diabetes (Rose), anemia (Rosa), colite ulcerativa controlada (Lúcia), problemas de intestino e ferritina elevada (Joce).

Quadro 12: Resumo das respostas acerca da percepção da saúde e das principais demandas de saúde ou estado nutricional autodeclaradas no primeiro encontro

Participante	Considera a Saúde	Demandas Nutricionais e/ou de Saúde
Bere	Considera razoável.	Possui hipertensão e hipercolesterolemia. Nunca fumou e bebeu bebida alcoólica somente em festas e/ou ocasiões especiais. Não faz nenhum tipo de atividade física.
Rosa	Considera regular.	Possui anemia, hipertensão, hipotireoidismo e excesso de peso. Nunca fumou e consome bebida alcoólica somente em festas e/ou ocasiões especiais. Não realiza atividade física.
Nega	Considera boa.	Possui dores na coluna. É ex-tabagista (parou de fumar há 22 anos) e ingere bebida alcoólica somente aos finais de semana. Não pratica atividade física.
Rose	Considera muito boa.	Possui pré-diabetes e excesso de peso. Eventualmente faz alguma caminhada junto com a filha.

Joce	Considera boa.	Possui excesso de peso e problemas no intestino e ferritina elevada. Nunca fumou e não tomou bebida alcoólica. Não faz atividade física.
Lúcia	Considera razoável.	Hipertensão, hipercolesterolemia, excesso de peso e retocolite ulcerativa. Nunca fumou e ingere bebida alcoólica somente em festas e ocasiões especiais. Não realiza atividade física.
Vagalume Aprendiz	Considera boa.	Possui arritmia cardíaca e hipotireoidismo. Consome bebida alcoólica somente em festas e/ou ocasiões especiais. Praticava atividade física regularmente, mas a partir da chegada da pandemia e necessidade de isolamento social, parou totalmente.

Fonte: a autora

Após o término da entrevista as participantes foram instigadas a pensar, refletir e falar sobre a sua alimentação atual. Elas foram desafiadas a falar, com base nos conhecimentos que já tinham (independente da fonte/origem destes conhecimentos) sobre o que poderia ajudar a tratar ou modificar aquelas alterações, e o que elas se comprometiam ou se propunham a fazer na prática para mudar.

Aqui pontuo que durante o diálogo, algumas participantes não sabiam o que era importante fazer, ou o que era “bom ou não era bom” comer para melhorar o problema. Nesse momento então eu intervi e falava da terapia nutricional para aquela condição ou situação, por exemplo: o que era importante consumir ou fazer no dia a dia para reduzir os sintomas da menopausa, quais alimentos eram importantes consumir para melhorar o intestino e por que eles eram importantes, qual o efeito que eles produziam no intestino. Do mesmo modo falava da situação oposta: quais alimentos eram considerados constipantes e porque eles eram constipantes, como eles se comportavam no intestino, por que eles deixam as fezes secas e endurecidas.

Bere

Principal problema (identificado pela participante): triglicerídeos elevados e “anda muito nervosa”, queixou-se sobre calorões. Toma remédio para dormir e tem pressão alta. Tem problemas com o filho e com o esposo (casamento).

O que a participante sabe: conforme o que uma antiga nutricionista já havia falado para ela, ela sabia que era importante comer verduras e alimentos integrais (por causa dos triglicerídeos elevados): “ela falou para eu comer tudo que coisa que tem integral, mas não gostei: arroz integral, feijão, bife, salada, não comer batata frita”. A participante afirmou que

sabia que precisava “cortar” arroz branco, massa e pão branco e reduzir os doces. Nesse momento ela recebeu então outras dicas e orientações de como poderia inserir esses alimentos na dieta, porque eles eram importantes e quais alimentos ela considerava que conseguiria comer ou mesmo comprar etc.

O que a participante se propôs a fazer: fazer chá calmante para tomar à tarde e antes de ir dormir. Escolher entre os alimentos ricos em fitoestrógenos (conversado na primeira consulta) um ou mais que um para comer todos os dias (ou chá de amora branca, ou farinha de soja, suco de soja, linhaça). Nesse momento pedi para ela repetir quais eram as fontes de fitoestrógenos. Ela se propôs a consumir pelo menos um tipo de fibra diariamente (aveia, granola, farelo de trigo, fibra de trigo) e pelo menos duas frutas ao dia. Em relação ao consumo de doces: se propôs a “limitar por enquanto a uma vez na semana. Tentar sempre ter fruta em casa e consumir nos intervalos” (lanches).

Rosa

Principal problema (identificado pela participante): o peso, quer emagrecer, tenta fazer dieta, fica ansiosa e pára. “Não deu certo nenhuma consulta com nutricionista”. Referiu ter um grande problema com os doces (não é suficiente um pedaço), pães e refrigerante.

O que a participante sabe: sabe que seu problema principal é com o consumo de doces e outros carboidratos simples que consome em excesso. Tem consciência de que o jantar é tarde (em torno das 21h às 21h30 min) e que come em grande quantidade (volume).

O que a participante se propôs a fazer: reduzir o jantar, o consumo de pão e arroz (que mais come). Tentar controlar o consumo de doces. Foi orientada a consumir sempre uma fruta antes do jantar, para que não tenha tanta fome.

Nega

Principal problema (identificado pela participante): excesso de peso, aumento da ansiedade e calorões (que ela atribui a menopausa). Come muito rápido. Tem arritmia. Pensa em migrar para uma dieta vegetariana.

O que a participante sabe: tem comido mais doces. Precisa achar um jeito de equilibrar os fatores negativos.

O que a participante se propôs a fazer: já passou a realizar atividade física. Fazer chás calmantes e consumir alimentos ricos em fitoestrógenos e buscar mastigar mais os alimentos.

Rose

Principal problema (identificado pela participante): diabetes (ela e o esposo).

O que sabe: sabe que os alimentos que mais gosta de comer, como pão branco (caseiro), pizza, macarrão, farinhas, maionese (pronta) e margarina “são um veneno” e que precisa parar de comer ou conseguir controlar o consumo dos mesmos.

O que a participante se propôs a fazer: passar a fazer atividade física (ela e a filha), três vezes por semana. Evitar ter em casa doces e alimentos que prejudicam a saúde e elevam a glicemia.

Joce

Principal problema (identificado pela participante): problema no intestino (não pode constipar) porque possui pequenos nódulos (como se fosse uma carne esponjosa) que sangram na passagem, quando as fezes ficam endurecidas. Estava enjoada de comer mamão todos os dias. Possui hipercolesterolemia. Possui ferritina elevada (não foi trabalhado no primeiro encontro).

O que a participante sabe: falta substituir o mamão por outras frutas com efeito laxativo, mas não sabia quais outros alimentos a ajudariam.

O que a participante se propôs a fazer: após a conversa e orientações e informações fornecidas pela pesquisadora, a participante se propôs a passar a consumir mais frutas laxativas (como ameixa, pera com casca, laranja inteira com a parte branca), alimentos ricos em fibras solúveis e insolúveis (verduras cruas, legumes cozidos, linhaça triturada, aveia em flocos, germe de trigo) e elevar o consumo de água (para não constipar). Se propôs a parar de tomar suco natural logo após ou junto com o almoço, para reduzir a absorção do ferro da dieta e controlar o consumo de carne vermelha (após orientação nutricional da pesquisadora).

Lúcia

Principal problema (identificado pela participante): ela mencionou que não tomava café, ficava longos períodos sem se alimentar, comia poucos legumes e verduras e sabia que precisava reduzir doces e refrigerante. Lúcia tem pressão alta e hipercolesterolemia e gostaria de trabalhar a qualidade e quantidade dos alimentos (o que deve constar?).

O que a participante sabe: “tenho consciência que se eu fizer exercício físico e melhorar a minha alimentação vou resolver os meus problemas de saúde e de peso”. “Falta uma rotina”

O que a participante se propôs a fazer: passar a praticar atividade física quando chegar do trabalho (18h30min), pelo menos 30 minutos por dia, três vezes na semana. Ela se propôs a comer pelo menos um alimento antes de ir trabalhar (como uma fruta, iogurte com aveia ou fruta picada com aveia ou, outra fibra) e tentar jantar mais cedo.

Vagalume Aprendiz

Principal problema (identificado pela participante): referiu aumento do peso com a idade, aumento da ansiedade (ela associa com a menopausa e com o contexto da pandemia). Sedentarismo. Tem comido mais doces. Não se sente bem. Come muito rápido, ou seja, não mastiga bem os alimentos.

O que a participante sabe: sabe que os doces e o sedentarismo têm contribuído para o aumento do peso.

O que a participante se propôs a fazer: se propôs a realizar atividade física frequentemente, reduzir a quantidade de doces, em especial, chocolate. Passar a comer frutas diariamente e mastigar mais vezes (comer mais devagar). Aqui neste ponto, eu auxiliei com algumas dicas que poderiam ajudar ela a comer com mais calma e também porque era importante que ela comesse com calma e mastigasse bem os alimentos.

Impressões e Conclusões do Primeiro Encontro

As participantes foram instigadas a elas próprias identificar e falar dos seus problemas de saúde e alimentares. Elas também foram desafiadas a falar sobre quais conhecimentos tinham a respeito daquelas doenças ou dos alimentos. Ficou evidente que todas elas já tinham algum conhecimento anterior sobre os seus problemas e sobre o que precisavam fazer para melhorar. Em alguns casos, ficou claro que elas sabiam o que precisavam comer ou não comer, e que esses conhecimentos ou informações vinham de prescrições anteriores, ou seja, de consultas anteriores com médicos e/ou nutricionistas.

Um dos casos que chamou a atenção foi da participante Bere, onde no seu discurso, ela já sabia exatamente o que precisava fazer: o que tinha que comer ou deixar de comer ou o que

precisava “cortar”, ou reduzir, conforme orientações de outra nutricionista. Na mesma fala, ela relata que apesar de saber que tinha que comer “tudo que coisa integral”, não gostava dos alimentos integrais.

Em algumas situações também ficou evidente que elas sabiam de seus problemas, mas não sabiam como resolver, não sabiam o que faria bem, o que era importante que fosse consumido ou, quais outras opções elas teriam. Nesse momento então eu trazia informações e explicava porque era importante que elas consumissem os alimentos que haviam sido falados pelo médico ou nutricionista, e de que maneira eles podiam ser inseridos na alimentação, quais outros alimentos além daqueles elas poderiam consumir, em quais preparações, quais outras opções eram boas e mais baratas, por exemplo.

A avaliação prévia sobre os problemas nutricionais e de saúde que possuíam, bem como o que sabiam a respeito do tratamento nutricional, mostrou que a maioria delas já tinham os conhecimentos básicos ou mínimos necessários para cuidar ou tratar os seus problemas. Apesar disso, mais uma vez fica evidente que o conhecimento sozinho e isolado não é suficiente para mudar ou provocar mudanças reais.

Nesse sentido, percebeu-se a importância de não apenas despejar informações e falar o que é bom ou não comer, o que faz bem ou que não faz, mas principalmente, porque é importante colocar em prática aqueles conhecimentos e mudar os comportamentos alimentares e como fazer isso. A mudança de hábitos é um processo gradual que precisa ser praticado no dia a dia, sendo que não se trata de mudar tudo, de cortar ou tirar tudo, mas encontrar o equilíbrio alimentar conforme a realidade econômica e cultural de cada pessoa.

8.2.2 SEGUNDO ENCONTRO: CONHECENDO O COMER

No segundo encontro investigou-se quais foram as mudanças possíveis e realizadas na prática, quais as principais dificuldades. Posteriormente, no mesmo encontro, adentrou-se de maneira mais específica na investigação da alimentação atual, por meio da aplicação de Recordatório Alimentar de 24 horas (R24H).

Após a aplicação deste instrumento, foi realizada a problematização da alimentação, onde foram apontados os pontos favoráveis da alimentação e os alimentos ou comportamentos alimentares que poderiam ser prejudiciais à saúde no contexto da(s) patologia(as) preexistente(s) e porque eram prejudiciais. Ao final, foram feitos alguns combinados (proposição de metas) que a participante era convidada a realizar na prática (metas).

Bere

O que mudou na prática? Passou a comer mais frutas ao invés de pão à tarde. Tem comido “pão preto” ou de centeio. Também conseguiu fazer os chás (de camomila).

Recordatório Alimentar de 24 horas

Café da manhã

2 fatias de pão de centeio, uma colher de sopa de mel e uma colher de margarina

Café com leite

Almoço

1 prato de sopa de carne e legumes

Lanche da tarde

1 fatia de torta (que sobrou do dia das mães)

1 caqui

Jantar

1 banana

1 caqui

1 prato de sopa

Problematização: A alimentação no geral é a base de alimentos naturais, no entanto, a margarina é um produto que não deveria fazer parte da alimentação, pois além de elevar o colesterol, é uma gordura muito ruim que oxida as células e contribui para "entupir as artérias". Era preferível ela usar nata ou creme de leite, ou manteiga em pequena quantidade. A manteiga, ainda que tenha gordura saturada, não possui aditivos químicos. Um consumo moderado não elevará o peso ou o colesterol.

O outro alimento problematizado foi a torta, que além de elevada densidade calórica, eleva os triglicerídeos e a glicemia (açúcar). Doces fazem parte da vida, mas para quem precisa perder peso e reduzir colesterol, eles não contribuem em nada, ao contrário. O consumo deve ser esporádico. No lugar dos doces “normais”, à base de açúcares e farinha branca, é preferível comer frutas, ou chocolate amargo (70%), ou gelatina *diet*. No entanto, há uma ressalva dos doces *diets*. Eles precisam ser consumidos com moderação, porque também são produtos ultraprocessados e com muitos corantes e aditivos químicos.

Combinados para o terceiro encontro: ter cuidado com os lanches da tarde (frituras e doces), dar preferência para frutas, sanduíche de pão integral, substituir a margarina ou reduzir drasticamente o consumo. Fazer atividade física.

Rosa

O que mudou na prática? Passou a fazer caminhadas mais frequentes (voltar a pé do trabalho – caminhada de cerca de 40 minutos). Reduziu a quantidade de comida do jantar, e sempre que possível, realiza o jantar mais cedo. Reduziu a quantidade de pão e arroz e doces.

Recordatório Alimentar de 24 horas

Café da manhã
Café com leite
1 pão francês com margarina

Almoço
3 colheres de polenta
1 pedaço de carne de galinha com molho
Rúcula
Suco de bergamota

Lanche da tarde
1 bergamota
2 bolachas caseiras

Jantar
Três fatias de polenta
2 ovos fritos
Salada de repolho

Problematização: Como Rosa refere precisar emagrecer, o consumo de pão branco, bolacha e o fato de “jantar tarde comida pesada” contribuem para a elevação ou manutenção do peso.

Combinados para o terceiro encontro: Rosa levantou a necessidade de receber uma “dieta”. Após a problematização dos pontos “positivos e negativos” da alimentação, eu propus que a participante elaborasse um “cardápio” para um dia, utilizando os conhecimentos que ela já tem sobre alimentação saudável, bem como sobre quantidades e horários e alimentos que ela considera ideal ter em sua alimentação.

Nega

O que mudou na prática? Passou a jantar mais cedo e tomar chás calmantes para dormir melhor e também os chás para os sintomas da menopausa. Rosa afirmou que os chás promoveram a melhora do seu sono e a redução dos calorões em três semanas após o consumo diário.

Recordatório Alimentar de 24 horas

Café da manhã

Café preto

1 pão francês com margarina e *schmier* (1 colher)

Lanche 10h15min

1 banana prata

Almoço

3 colheres de arroz

1 bife de gado

1 concha de lentilha

Salada de alface

Suco de laranja

Lanche da tarde

Não comeu nada no dia anterior, mas de modo geral consome biscoito água e sal ou biscoito doce (maisena ou do tipo Maria®)

19h30min

Chimarrão

Jantar

1 prato de sopa com massa, carne de galinha, brócolis, cenoura, chuchu, batata inglesa.

Problematização: não há nenhuma fonte de leite e/ou derivados na alimentação. Consumo de margarina, consumo de biscoito ultraprocessados são produtos ultraprocessados que contêm muitos aditivos químicos que contribuem para o aumento do colesterol e além de serem oxidativos do colesterol, ou seja, contribuem para a formação das placas de ateroma ou seja, placas de gordura.

Os biscoitos prontos elevam o colesterol ruim, porque contêm muita gordura hidrogenada (margarina) e farinha branca, que contribuem para aumentar os triglicerídeos, que também podem se infiltrar na camada das artérias, oxidar e auxiliar no processo de aterosclerose. Por fim, foi indicado o consumo do chimarrão (fonte de cafeína) no período da tarde, pois a cafeína que contém no chimarrão, poderia estar prejudicando o sono. O melhor seria tomar chás com efeitos calmantes nesse horário, como poejo, camomila.

Combinados para o terceiro encontro: foi indicado o consumo de pelo menos dois alimentos ricos em cálcio na alimentação no dia (leite, queijo ou iogurte) e uma fonte de verdura escura (rúcula ou agrião ou couve, radiche, etc.). Foi sugerida a alteração da margarina por creme de leite ou a redução drástica (consumo esporádico da margarina). Biscoitos prontos não são uma boa opção de lanche, o melhor sempre é consumir as frutas, ovo cozido, batata-doce que sobrou do meio-dia.

Rose

O que mudou na prática? Passou a caminhar para ir para o trabalho e fazer atividade física com a filha. Passou a comprar apenas pão integral.

Recordatório Alimentar de 24 horas

Das 6h15min às 7h horas

Chimarrão

Café da manhã

1 fatia de pão integral com margarina

2 fatias de mortadela sem gordura

2 fatias de tomate

10 horas

3 bergamotas do céu

Almoço

Carne de frango

Arroz

Feijão

Batata doce

Repolho

1 fatia de mamão

Lanche da tarde

1 banana prata

6 biscoitos água e sal

Jantar

1 fatia de pão integral

Galinhada

Salada de pepino e cebola e rabanete

± 2 litros de cerveja

Problematização: a margarina, mortadela e biscoito água e sal são produtos ultraprocessados, com elevada concentração de sódio, que aumentam a pressão arterial, além de aditivos químicos alimentares diversos, que são cumulativos no organismo, oxidam células, neurônios e os colesteróis. Biscoito água e sal também eleva glicemia e triglicerídeos por ser à base de farinha branca, isenta de fibras. A cerveja é uma bebida altamente calórica e prejudicial ao controle da glicemia. Além disso, contribui para a elevação do peso e hipertrigliceridemia.

Combinados para o terceiro encontro: consumir frutas com baixo índice glicêmico, como maçã, ameixa, morangos, banana em maturação média, pera, damasco, pêssego em maturação média, laranja inteira (bagaço e fibra pectina-parte branca). Preferir sanduíche integral no lugar do biscoito água e sal. Evitar o consumo de bebida alcoólica e produtos

ultraprocessados. Preferir alimentos feitos em casa, por exemplo: bolo integral caseiro (com adoçante culinário e fibras –aveia, por exemplo).

Joce

O que mudou na prática? passou a fazer chás, não conseguiu fazer o coquetel laxativo.

Recordatório Alimentar de 24 horas

Café da manhã

Banana e mamão picados

1 fatia de pão integral

1 xícara de leite com achocolatado (1 colher)

Almoço

1 concha de feijão

1 colher de servir de arroz

Carne de gado

Salada mista: cenoura, beterraba, pepino, repolho, brócolis

1 copo de suco natural

Lanche da tarde

1 banana *às vezes é bala e chocolate (barra) ou suco natural

Jantar

Vitamina (mamão, banana, leite)

1 fatia de pão integral

Problematização: os principais pontos críticos observados são os lanches da tarde (no mercado) e o jantar (já que ela não gosta de comida de sal, ou seja: tem sempre a preferência por alimentos doces ou açucarados).

Combinados para o terceiro encontro: comer no lanche da tarde fruta, ou sanduíche natural. O chocolate permitido e possível (para ela que é pré-diabética) é o amargo (acima de 70%) e balas do tipo *diet* (“bala da latinha”, marca Flopi[®], encontrado nas farmácias e alguns mercados).

Lúcia

O que mudou na prática? Conseguiu fazer as caminhadas/exercícios. Passou a comer, pela manhã, uma fatia de pão integral com café com leite ou um iogurte com aveia (conforme o combinado). Referiu estar jantando mais cedo. Sentiu que acorda mais disposta e não se sente tão cansada. Tem procurado consumir salada pelo menos em uma das refeições.

Recordatório Alimentar de 24 horas

Café da manhã

Café preto

1 fatia de pão de centeio com margarina (1 colher).

Lanche da manhã

Biscoitos água e sal do tipo mignon (um punhado) com chimarrão

Almoço

3 colheres de arroz

1 concha de feijão

3 pedaços pequenos de carne de gado

3 folhas de alface

Lanche da tarde

1 banana

Jantar

½ copo de Coca Cola®

1 sanduíche de pão fatiado (queijo, presunto e margarina)

Problematização pontos críticos: lanche da manhã e jantar.

Combinados para o terceiro encontro: melhorar o lanche da manhã. Biscoito nunca é uma boa alternativa, por ser um produto ultraprocessado, elevado em gordura trans e sódio. A participante solicitou um plano alimentar, contudo, eu solicitei que a mesma o fizesse primeiro e posteriormente enviasse para mim.

Vagalume Aprendiz

O que mudou na prática? Conseguiu aumentar o tempo das refeições (maior mastigação: 8 a 10 minutos – comia em três minutos). Passou a praticar atividade física dentro de casa.

Recordatório Alimentar de 24 horas

Café da manhã

Água- não tomou café – de modo geral faz uma panqueca de banana e aveia ou come uma fruta e sementes

Almoço

1 concha de feijão

3 colheres de sopa arroz integral

1 bife de peito de frango (médio)

Salada de alface (limão, sal e azeite de oliva)

Lanche da tarde

Não comeu nada, geralmente come uma fruta

Jantar

1 barra de cereal vegana (amendoim, chocolate 70%, amêndoas e chia)

1 caqui

Problematização: Problematização: apesar de o dia anterior ter sido atípico, e que de modo geral a participante realiza o café da manhã e lanche da tarde, o principal ponto foi o jantar, considerado muito pobre nutricionalmente em quantidade e qualidade, ou seja, insuficiente. No jantar, é importante consumir uma refeição completa, a exemplo do almoço (sem a necessidade de consumir feijão duas vezes ao dia), porém em menor quantidade/volume de comida e aumentado em legumes e verduras. O jantar pode ser prático e saudável, sem necessidade de lanches, como, por exemplo, aquecendo as sobras do almoço. Outra opção prática seria um sanduíche com carne e/ou ovo, queijo e legumes. A participante relatou não consumir leite há pelo menos 16 anos, mas fazia a suplementação de cálcio.

Combinados para o terceiro encontro: buscar realizar o jantar “completo”, conforme o aconselhamento, bem como realizar ainda um lanche no intervalo da noite (pois está em sala de aula), em virtude de que a mesma jantava cedo, e ficava muitas horas em jejum até o outro dia (metabolismo e compensação longa de hormônios e sistemas).

Impressões e Conclusões do Segundo encontro

A avaliação do consumo alimentar por meio do Recordatório Alimentar de 24 horas possibilitou realizar uma avaliação geral da alimentação atual das participantes. A problematização após o relato do consumo alimentar do dia anterior foi o ponto em maior evidência, pois nesse momento, eu consegui falar de um modo amplo da alimentação atual, tanto de aspectos positivos (que quase não aparecem na descrição), bem como dos pontos negativos ou a serem melhorados. A problematização, em um primeiro momento, apesar de parecer algo muito negativo ou mesmo prescritivo, aponta para os pontos que precisam de atenção e como ou de que forma eles podem ser modificados, os quais foram realizados por meio de aconselhamento nutricional²⁶.

²⁶ Aconselhamento nutricional é uma ferramenta ou técnica utilizada dentro da Educação Alimentar e Nutricional. O profissional não diz o que fazer ou que comer ou não comer, mas sim aconselha o cliente sobre as melhores escolhas ou possibilidades que a pessoa pode realizar na prática (BOOG, 2013). De acordo com Boog (2013), o aconselhamento transcende os aspectos específicos da nutrição, porque estão envolvidos com a vida como um todo, com questões subjetivas, com dúvidas, ansiedade, insegurança “quanto ao comportamento alimentar, aos efeitos dos alimentos e nutrientes sobre o organismo, aventados ou efetivamente percebidos como sinais e sintomas” (p. 157).

O trabalho de EAN, pensando no aconselhamento dietético, não significa que devemos “jogar fora” os conhecimentos técnicos e científicos, mas sim trabalhá-los de forma crítica, problematizadora e instigadora. Desse modo é possível trabalhar dentro e de acordo com a realidade dos sujeitos e seus contextos sociais. Segundo Boog (2013, p. 166), a perspectiva do aconselhador é marcada pela escuta atenta.

8.2.3 TERCEIRO ENCONTRO: ESTUDO DOS RÓTULOS

O terceiro encontro foi dividido em dois momentos: o primeiro, onde eu questioneei a todas as participantes a respeito dos avanços e mudanças que haviam conseguido fazer até ali (ou não), bem como as dificuldades encontradas. O segundo momento teve como foco o estudo e interpretação dos rótulos dos alimentos ultraprocessados que as participantes tinham em casa (quando possuíam).

8.2.3.1 As mudanças e dificuldades até ali

Antes de entrar na questão específica do estudo dos rótulos, as participantes foram questionadas a respeito das mudanças que já haviam realizado até o momento, as maiores dificuldades encontradas em relação às orientações, combinados e tarefas que elas haviam sido desafiadas ou instigadas a colocar em prática. Posterior às indagações e questões/demandas individuais, trabalhou-se a leitura e a interpretação de rótulos.

Bere

Referiu estar “comendo mais adequadamente”. Nas suas palavras: estava tentando “substituir o pão branco por preto” e estava menos ansiosa. No momento, parabeneizei as mudanças e solicitei que, se fosse possível, ela era para consultar na Unidade Básica de Saúde e pedir ao médico(a) um exame de sangue que contemplasse: hemograma completo, colesterol total e frações e glicemia de jejum, minimamente (enviei por escrito para ela no *WhatsApp*).

Rosa

A participante havia sido acometida pela Covid-19 e vinha de um período de recuperação, assim, sua rotina foi totalmente prejudicada. No momento, pedi que ela falasse mais sobre o processo, o que passou, os sintomas, e como estava naquele momento. Sobre as mudanças: afirmou que passou a fazer os lanches (no meio da manhã e tarde), estava se esforçando para jantar mais cedo.

Nega

Sobre as mudanças: afirmou estar fazendo os chás para a melhora dos sintomas da menopausa, e passou a sentir melhoras. Afirmou que estava dormindo melhor depois que passou a jantar mais cedo e em menor quantidade.

Rose

No terceiro encontro, como a participante havia realizado exames laboratoriais e enviado antes do encontro, a primeira parte se desenvolveu a partir da interpretação dos exames laboratoriais, momento em que descobri que Rose, ao invés de pré-diabética, já estava em condição de diabetes, além de hipercolesterolemia. Nesse momento, passei a trabalhar a fisiopatologia da doença e orientações gerais para o controle da glicemia. Entretanto, no caso dela, era indispensável uma consulta ao médico, para tratamento medicamentoso concomitantemente, além dos cuidados com a alimentação, que a partir dali precisaria passar por drásticas mudanças.

Joce

Sobre as mudanças: retirou o suco natural que tomava logo depois do almoço (orientado pela questão da ferritina elevada). Realizou exames laboratoriais. Como no dia, a participante mencionou não ter nenhum produto pronto para consumo, foi trabalhado orientações gerais para o diabetes *mellitus* e hiperlipidemia.

Lúcia

Afirmou estar intercalando pão branco com integral, introduziu fruta no lanche da manhã e da tarde (no lugar de biscoito). Passou a voltar a pé do trabalho (40 minutos de caminhada) de forma intercalada (dia sim, dia não). Referiu melhora no sono, acorda descansada, não tem mais dores nas articulações e não se sentia mais tão cansada ao fazer a caminhada como nas primeiras vezes.

Vagalume Aprendiz

Nesse encontro, a participante havia feito exames de sangue e, portanto, a primeira parte foi trabalhada a interpretação dos resultados, que indicaram alteração na glândula tireóide T4

elevado e TSH reduzido, indicando estado de hipertireoidismo, bem como hipercolesterolemia e hipertrigliceridemia.

Foi realizado a partir disso o aconselhamento sobre alimentos prováveis da dieta da participante que contribuíram para a sua elevação, sendo resultado de pelo menos três meses progressos, ou seja, do período antes da intervenção, quando ela relatou consumo exacerbado de doces e chocolate, cerveja, e ainda o sedentarismo. Nesse encontro a abordagem sobre os perigos da hipercolesterolemia foram mais sucintos, onde em resumo, concentrei informações, indicando que o estado hiperlipidêmico (aliado a hipertensão, por exemplo), facilita a entrada e deposição desses elementos nas paredes das artérias, provocando a arteriosclerose, ou seja, as placas de gorduras que posteriormente podem fechar por completo a passagem de sangue de um vaso sanguíneo, ou ainda, se romper e provocar um AVC ou infarto.

Falei de modo geral dos alimentos que mais contribuem para a hiperlipidemia, alguns exemplos de alimentos protetores, como o azeite de oliva e sementes que ela referiu comer. E por fim, de modo genérico, a importância de seguir tomando a medicação em jejum para o controle dos hormônios tireoidianos, e alguns alimentos que “ajudam a glândula funcionar”, como por exemplo, as castanhas e nozes, ou alimentos ricos em iodo, como algas, peixes de água salgada, ricota e queijo parmesão.

8.2.3.2 Lógica Utilizada na Leitura e Interpretação dos Rótulos (em ambiente virtual)

A dinâmica para o trabalho prático com os rótulos se deu da seguinte forma:

- a) Inicialmente as participantes foram convidadas a buscar os alimentos prontos (industrializados) que possuíam em casa, prontos para consumo.
- b) Ao ter em mãos as embalagens, foi orientado que elas buscassem ou tentassem encontrar algumas informações. Os primeiros dados a serem encontradas foi a lista de ingredientes que compunham o alimento/produto, que nem sempre eram encontrados com facilidade²⁷.
- c) Posteriormente, elas eram convidadas a ler todos os ingredientes, até o fim, para posteriormente iniciar a explicação e problematização.

²⁷ Muitas vezes elas confundiram os ingredientes com informações adicionais sobre o alerta de alimentos potencialmente alergênicos (contém glúten, leite, ovos, amendoim, etc).

Pondera-se aqui que em alguns casos, a leitura do rótulo foi inviável, pois o tamanho das letras era muito pequeno. Algumas participantes possuíam problemas de visão, ou tinha pouca iluminação na casa ou no cômodo se encontrava.

Entre os principais produtos relatados que costumam ter em casa ou tinham no momento do encontro, foram citados principalmente: biscoito Maria[®], biscoito água e sal, biscoito recheado, salgadinho de pacote, *wafers*, bolacha de mel, bolacha de coco, rosca de polvilho, biscoito do tipo mignon, barra de chocolate (ao leite), biscoito doce integral e barra de cereais integrais. Outros produtos ultraprocessados, como salsicha, margarina, refrigerante ou suco de pacote não foram citados.

Para a leitura e interpretação dos rótulos, houve uma lógica que consistiu em duas principais partes: a primeira foi no sentido de conhecer minimamente a tabela nutricional, saber o que aquelas informações queriam dizer, e em um segundo momento, a leitura e estudo dos ingredientes que compunham os alimentos/produtos. Aqui é importante pontuar que a depender da patologia preexistente de cada participante, eu tentava dar o enfoque para os locais e questões às quais elas precisavam se atentar. No geral, o estudo dos rótulos é um universo muito amplo, então, em um encontro, se consegue dar informações mínimas.

Apresento a seguir os principais aspectos abordados em relação à leitura e interpretação dos rótulos e a problematização de alguns macronutrientes e ingredientes.

- A. **Tabela nutricional:** na tabela nutricional, o primeiro elemento a ser observado foi o número de calorias por porção e a observação de quanto era considerado uma porção para aquele produto. Na oportunidade, fiz algumas comparações de calorias que continham no produto, considerando a porção em gramas e medida caseira (e até mesmo o seu dobro ou triplo), com o valor calórico de uma fruta, como maçã ou banana média ou mesmo grande, para ter a dimensão do quanto significa consumir aquele produto em energia.
- B. **Sobre os carboidratos, proteínas e gordura:** foi uma parte menos explicativa pela complexidade, entretanto, no geral, a explicação foi de que eles são os principais componentes dos alimentos (e que nem sempre estão presentes todos os três). Além deles, há vitaminas e minerais, que nem sempre aparecem nos rótulos ou na tabela nutricional, (por vezes nem estão presentes) e de modo geral só são considerados quando estão em um valor mais elevado: como, por exemplo, os alimentos enriquecidos, ou naturalmente ricos em alguma vitamina ou mineral. Um exemplo clássico que aparece (porém não na tabela nutricional e sim na lista de ingredientes) é a “farinha de trigo,

enriquecida com ferro e ácido fólico”. Aqui é importante pontuar que a função dos macronutrientes foi trabalhada de forma pontual ao longo dos encontros, e direcionada de forma mais específica dentro de cada uma das patologias: como eles contribuía ou prejudicavam ainda mais o estado/condição da doença, em especial os carboidratos simples e gordura saturada ou hidrogenada.

- C. **Sobre o sódio:** destaquei a importância de se atentarem para a quantidade de sódio (em miligramas em relação ao valor máximo recomendado), bem como o quanto significava em percentual no dia (se comessem APENAS a porção equivalente indicada no rótulo). Pontuei que tanto alimentos doces, quanto salgados possuem sódio, que é um conservante, e que ele não está presente apenas no sal. Assim, este é um elemento importante, pois contribui para elevar a pressão arterial e que, de modo geral, todos os alimentos prontos para consumo são ricos em sódio.
- D. **Sobre a gordura trans:** está presente principalmente na margarina, que de modo geral é muito utilizada em produtos industrializados, principalmente entre os biscoitos, sorvete, bolachas prontas e misturas prontas para bolos. A gordura trans é prejudicial ao sistema cardiovascular (coração e artérias): eleva o colesterol e inflama o organismo - contribui para inflamar os locais onde tem gordura (colesterol) depositado - arterosclerose. A informação sobre a presença de gordura trans é uma informação geralmente colocada de forma equivocada e mascarada nos rótulos, a informação dos ingredientes não descreve a mesma como margarina e sim como como gordura vegetal apenas.
- E. **Sobre as fibras:** a função das fibras é muito ampla, os benefícios gerados ao organismo são muitos, de modo geral, tentei apresentar as funções mais comuns e de forma simples, entretanto, sempre pensando nas doenças preexistentes e, portanto, qual o enfoque era mais interessante para cada uma das participantes. De modo geral, para todas, apresentei as fibras como componentes naturais que compõem as frutas, verduras, grãos, e que muitas vezes conseguimos enxergar muito bem, a exemplo das fibras da melancia, da laranja. Mas também há fibra em outros alimentos (que não sofrem processo de refino - retirada da casca interna que existe em volta do grão) como por exemplo, o arroz integral e a farinha integral.

As fibras são importantes para saciar a fome, são mais difíceis de serem digeridas (muitas nem são). Para pré-diabéticas ou diabética, o enfoque foi sobre a absorção da glicose (açúcar), pela interferência que elas fazem na hora da absorção, e como se

comporta no sangue quando o alimento é refinado (sem fibras, seja doce ou salgado) (desenho da curva glicêmica-Figura 2). Outras informações foram em relação à função de elas ajudarem a produzir (alimentar) as bactérias boas no intestino que aumentam a imunidade, a sensação de bem-estar, etc. Entre as hiperlipídicas, o enfoque se deu em relação ao papel importante do controle ou mesmo eliminação do colesterol LDL (ruim), e da produção de triglicérides.

- F. **Enfoque nos ingredientes:** Antes de iniciar a leitura dos ingredientes que compõem cada alimento, informei que eles sempre estão dispostos em ordem da maior para a menor quantidade.

De modo geral, os ingredientes iniciais que compunham o produto, na maioria das vezes eram conhecidos pelas participantes, a leitura fluía bem. Com o avanço da leitura, alguns componentes estranhos, difíceis de ler para a maioria delas, começavam a surgir e complicar a leitura e compreensão, pois elas não sabiam ou nem tinham noção do que era. Nesse momento eu interrompia e perguntava se sabiam o que era aquele ou aqueles nomes difíceis.

No geral, nenhuma delas sabia, então, no mesmo momento, eu falava a classificação: é um conservante, é um sabor artificial, é um corante, é um elemento para dar mais cheiro ou sabor, serve para melhorar a textura - deixar mais macio, é um tipo de adoçante, e assim por diante. De modo geral, nesse mesmo momento aproveitava para dizer que esses elementos, na maioria das vezes, não fazem bem à saúde, pelo contrário: são agentes que agredem o organismo, que se acumulam no corpo, e que são capazes de, a longo prazo, causar problemas muito sérios à saúde, por serem potencialmente causadores de hiperatividade, principalmente em crianças, potencialmente alergênicos, ou cancerígenos, etc.

Prática do Estudo dos Rótulos

Bere

Rótulos de alimentos que tinha em casa: merengue, bolacha comprada de mel, biscoito de nata e barra de chocolate.

Foram estudados o rótulo do merengue, rosquete e bolacha de mel.

Merengue:

Pesquisadora: agora, com o rótulo em mãos, eu gostaria que você encontrasse a lista de ingredientes:

Bere: açúcar e clara de ovo

Pesquisadora: certo, são apenas dois ingredientes que você certamente conhece, certo?

Bere: sim!

Pesquisadora: agora eu gostaria que você encontrasse a tabela nutricional, e me informasse sobre quantas calorias esse alimento fornece.

Bere: fornece 132 calorias

Pesquisadora: 132 calorias no pacote inteiro?

Bere: eu acho que sim.

Pesquisadora: não, esse valor de calorias se refere às calorias por porção que você consumir. Acima da informação sobre a quantidade de calorias, está a indicação de quanto equivale uma porção.

Bere: ahh, deixa eu ver [...] são cinco unidades.

Pesquisadora: agora sim a informação está completa.

Problematização:

Pesquisadora: Sempre que eu olhar a tabela nutricional, preciso primeiro observar que todas as informações se referem ao número de porções indicado. Nesse caso, se eu comer cinco merengues, eu vou consumir 132 calorias. Cada alimento tem uma indicação diferente de porções. Nesse caso, são cinco, mas poderiam ser três, seis, ou mais unidades. Se eu consumir cinco unidades, são 132 calorias, e você consumir dez merengues, você vai ingerir o dobro, 264 calorias. Se comer 15 unidades, serão quase 400 calorias, o que equivale às calorias consumidas em um almoço, ou seja, é como se você comesse um prato cheio de comida, mas nesse caso, só em calorias.

No avanço da problematização, busquei mostrar que o merengue era um alimento mais natural, por conter apenas dois ingredientes. Era isento de conservantes artificiais ou outros aditivos químicos, entretanto, nutricionalmente não fornece vitaminas, minerais ou fibras, que são muito importantes para nosso organismo. Esse alimento fornece basicamente açúcar, não sacia, (mesma coisa que não ter comido nada), porém fornece uma elevada e significativa quantidade de calorias vazias, que só contribuem para elevar o peso, além dos triglicerídeos, que estavam já muito elevados.

Rosquete

Pesquisadora: muito bem, vamos para o próximo, como se chama esse alimento?

Bere: biscoito de nata com cobertura de merengue

Pesquisadora: Quais são os ingredientes usados na fabricação do rosquete?

Bere: contém trigo, leite, ovos e soja.

Pesquisadora: sim, esses ingredientes compõem o rosquete, mas ali não é a lista de ingredientes. Esse é um aviso para as pessoas para indicar que esse produto tem alguns ingredientes que são alergênicos e que muitas pessoas não podem consumir. A lista de ingredientes possivelmente está do lado de trás da embalagem, perto da tabela.

Bere: hummm, espera aí, vou achar [...]. Acho que achei, mas é muito pequeno, não sei se vou conseguir.

Pesquisadora: veja se você consegue.

Bere: Farinha de trigo, açúcar, leite, ovos e soja, creme de leite, óleo de palma, clara de ovos, soro de leite, leite em pó, sal, fermento químico: bicarbonato, regulador de acidez, hidróxi [...] hidróxido de sódio, aroma artificial.

Pesquisadora: você conhece todos os ingredientes da lista?

Bere: não, só conheço a farinha, açúcar, leite, ovos, soja, creme de leite, clara, soro de leite, sal e bicarbonato.

Pesquisadora: e os outros?

Bere: não sei o que é!

Pesquisadora: esses outros nomes complicados, são muito comuns nos produtos prontos para consumo, como os biscoitos, mortadela, bife empanado, margarina, maionese, entre outros produtos que você tem na sua casa. Esses nomes difíceis são conservantes artificiais que são usados para conservar esse alimento por muitos meses ou até anos, sem estragar. Além disso, ele possui aroma artificial, ou seja, é produzido em laboratório.

Bere: hummm, entendi!

Pesquisadora: agora você pode dizer quantas calorias tem o rosquete?

Calorias por porção? tem 86 calorias

Pesquisadora: 86 em quantos biscoitos?

Bere: em um biscoito, só um biscoito!

Pesquisadora: então, se você comer um biscoito, você vai ingerir quase 100 calorias, isso é bastante energia. Se eu comparar com uma fruta, uma banana caturra grande, vai me fornecer em média 86 calorias.

Problematização:

A problematização seguiu com a questão das calorias do alimento. Ali evidenciei novamente que há uma grande quantidade de calorias em uma única bolacha. Ela é facilmente consumida, porém, não vai saciar. De acordo com a lista de ingredientes, a predominância é de farinha branca, isenta de fibras, e açúcar.

O consumo de duas bolachas (50 gramas), por exemplo, implicaria em quase 200 Kcal em uma única vez, enquanto, por exemplo, uma maçã grande, de 200 gramas, vai fornecer cerca de 80 Kcal, além de ter vitaminas, minerais, fibra e água. Em resumo, tanto os merengues, como a bolachas, concentram em um pequeno volume, grandes quantidades de calorias, que vem da farinha refinada, principalmente, e açúcar. Estes elevam triglicerídeos (que se acumula nas artérias). Nesta bolacha, há também gordura de palma (em uma quantidade pequena) e ovos, soro de leite que são alimentos importantes, que devemos/podemos consumir, entretanto, para além deles, há uma infinidade de aditivos químicos, usados para conservar, melhorar a textura, etc, que se acumulam no organismo, e que não fazem bem à saúde.

Bolacha comprada de mel:

A bolacha de mel continha uma composição muito próxima do rosquete, portanto, se tratava da mesma lógica que o rosquete.

Rosa

Rótulos de alimentos que tinha em casa: Bolacha Maria®

Pesquisadora: quais os principais ingredientes?

Nega: farinha de trigo fortificada com ferro e ácido fólico, açúcar, gordura vegetal, açúcar invertido, sal, estabilizante lecitina de soja, fermentos químicos (bicarbonato de amônio e bicarbonato de sódio), acidulante ácido láctico e aromatizante.

Pesquisadora: você conhece todos esses ingredientes?

Rosa: eu conheço a maioria, mas muitos não sei o que é!

Pesquisadora: quais ingredientes que você não conhece?

Rosa: ahh, eu não sei o que esse tal de acidulante.

Pesquisadora: quantas calorias têm?

Rosa: 121 calorias

Pesquisadora: em quantas bolachas?

Rosa: aqui diz: porção de 30 gramas, 7 biscoitos.

Pesquisadora: o que isso quer dizer?

Rosa: que se eu comer 7 bolachinhas vou comer 121 calorias.

Pesquisadora: perfeito, e se você comer mais?

Rosa: vai aumentar as calorias [...]

Problematização: comer 7 biscoitos equivale a uma porção e contém 121 Kcal. Utilizei elementos explicativos sobre a elevada concentração de calorias em um pequeno volume, novamente comparando com o exemplo da maçã. Para além dela, comparei a maçã de 100 gramas, e cerca de 35 a 40 calorias, com um bombom que contém cerca de 12 gramas e aproximadamente 50 calorias. Ali tentei deixar visível, que, por mais que essa bolacha seja muito popular, e muito utilizada na alimentação de crianças (como da creche onde ela trabalha), de fato não é.

A composição do biscoito é, basicamente, farinha branca, margarina, que nomeiam com outro nome. A indústria geralmente só denomina de gordura vegetal, e açúcar. Todos esses ingredientes, contribuem, tanto para o ganho de peso, se consumido em excesso, bem como para a hiperlipidemia. A indústria alimentícia engana, ao mascarar informações importantes, entre elas, a informação sobre gordura trans (que contém na margarina). Outro emblema sobre o produto, ocorre pelo uso de aditivos químicos (mesma problematização das demais).

Nega

Rótulos de alimentos que tinha em casa: torrada integral, biscoito Nesfit[®] integral (doce), *wafer* de morango.

Quais os principais ingredientes? Teve muitas dificuldades para ler os ingredientes, em especial do *wafer*, que não conseguiu ler porque a letra era muito pequena.

Foi trabalhado então as calorias por porção, de cada alimento, e uma parte oral, onde falei os ingredientes clássicos de um biscoito recheado: farinha branca, açúcar, gordura hidrogenada (margarina) e aditivos químicos de muitos tipos. Já o pão integral torrado, é o mais natural deles, apesar de ter alguns conservantes, e em segundo lugar, o biscoito doce integral, que, apesar de ter ingredientes saudáveis, possui também muitos conservantes. A conclusão de Nega, após o estudo dos rótulos, foi simples e sucinta: “nada presta”.

Rose

Rótulos de alimentos que tinha em casa: afirmou que não tinha nenhum alimento pronto para consumo em casa, pois não tinha feito o “rancho do mês”. Referiu ter feijão, arroz, macarrão integral, sal, açúcar, óleo e outros alimentos *in natura* ou minimamente processados.

Problematização: O trabalho com os rótulos ficou prejudicado, entretanto, busquei falar de modo geral o que contém nos produtos ultraprocessados: farinha refinada, margarina, muito açúcar e sódio (mesmo quando são doces), e os aditivos químicos. Neste momento, falei sobre o quanto são prejudiciais à saúde - hipercolesterolemia e descompensação da glicose, no caso dela. Ali, trabalhei a ressignificação dos alimentos, a busca então por novos gostos, novos sabores, novos alimentos, produzidos de forma especial (dietéticos e integrais) que não prejudicariam a saúde dela.

Joce

Rótulos de alimentos que tinha em casa: mel, *schmier* caseira, óleo de milho, leite integral, achocolatado (sabor prestígio). Referiu que quase não tinha nada nos armários em estoque pois trazia sempre o que precisa do mercado conforme precisava, entretanto, no mercado costumava consumir: bala mole, rapadura, barra de chocolate branco, às vezes cuca.

Observação: Como no momento não havia nenhum produto pronto para consumo em casa, o trabalho com a leitura e interpretação dos rótulos ficou prejudicada, portanto, o rótulo em si não foi estudo, mas foi problematizado o consumo dos alimentos/produtos processados que ela referiu consumir no mercado: balas, cuca, barra de chocolate.

Lúcia

Rótulos de alimentos que tinha em casa: bolacha Isabela (doce)

Pesquisadora: Quais os principais ingredientes?

Lúcia: farinha de trigo, açúcar, gordura vegetal, amido de milho, sal, soro de leite, fermento químico-bicarbonato de sódio, pirofosfato de sódio, ácido emulsificante, aromatizante, emulsificante lecitina de soja e melhorador de farinha metabissulfito de sódio.

Pesquisadora: certo, você conhece todos esses ingredientes?

Lúcia: não, eu conheço os primeiros, até o bicarbonato, os outros não.

Pesquisadora: os demais são aditivos químicos alimentares que são usados para melhorar a textura, promover maciez, dar sabor e conservar a bolacha por mais tempo. De modo geral, todos esses nomes estranhos, são componentes químicos usados pela indústria. Muitos deles, não são eliminados pelo nosso organismo, são potenciais alergênicos, e dependendo do aditivo químico, pode até ser potencialmente cancerígeno ou provocador de doenças desmielinizantes que agredem e oxidam os neurônios, causando demências. Além disso, são pró-oxidativos, ou seja, eles inflamam o nosso corpo e causam danos nas nossas células do corpo e do cérebro.

Lúcia: e os primeiros, são ingredientes naturais?

Pesquisadora: a maioria deles, sim, a farinha, açúcar, amido de milho, sal, soro de leite, mas a gordura vegetal de modo geral, não é natural. A indústria acaba omitindo o tipo de gordura que usa. Por vezes, eles usam gordura de palma, mas na maioria das vezes é gordura vegetal hidrogenada, ou seja, a margarina que é uma péssima gordura para a saúde.

Lúcia: humm, entendi,

Posteriormente ao trabalho com os ingredientes, o trabalho de leitura, explicação e problematização foi direcionado a tabela nutricional, iniciando com as calorias do alimento, seguindo para os macronutrientes, fibras, sódio e gordura trans.

Problematização: Outros pontos comentados foram a respeito dos ingredientes mascarados, ou seja: de modo geral, a composição de biscoitos como água e sal, mignon (um tipo de biscoito referido no primeiro R24H), ou mesmo biscoito do tipo Isabela[®] ou Maria[®], são compostos basicamente por farinha de trigo refinada (eleva triglicerídeos) e gordura hidrogenada, que é pró-oxidante celular e que também eleva colesterol LDL- “ruim”. Além disso, como esses produtos são à base de farinha branca refinada, também contribuíam para elevar os triglicerídeos.

Ao final da fala, perguntei para Lúcia qual era a conclusão dela a respeito dos rótulos, e ela respondeu: “Eu acho que é mais saudável fazer bolacha caseira com banha”. No mesmo instante, confirmo a conclusão da participante, porém alerta para a importância da moderação, tendo em vista que possuem como principais constituintes a farinha branca, o açúcar e a banha. Se consumidos sem moderação, vão contribuir para o ganho de peso e para o aumento dos colesterolís e triglicerídeos.

Vagalume Aprendiz

Alimentos/produtos industrializados que tinha em casa: biscoito de cereais integrais (Nesfit[®]).

Pesquisadora: Muito bem, vamos lá! Quais são os ingredientes que compõem o produto?

Vagalume Aprendiz: esse biscoito contém glúten, lactose e aveia.

Pesquisadora: sim, esses ingredientes constam no biscoito, mas não são apenas esses. Essa informação é um aviso de que eles são potencialmente alergênicos, destinado em especial as que pessoas que são intolerantes ou alérgicas a algum desses ingredientes.

Vagalume Aprendiz: ahh, tá, entendi.

Pesquisadora: a informação dos ingredientes que compõem o produto, geralmente está na parte de trás do rótulo, veja se você consegue achar.

Vagalume Aprendiz: acho que achei! Ingredientes: farinha de trigo integral, aveia em flocos, farinha de aveia e farinha de centeio integral), açúcar, óleo vegetal, cacau em pó, farinha de castanhas de caju, leite integral, polidextrose, flocos de arroz, extrato de malte, sal, farinha de castanha em pó, fermentos: bicarbonato de sódio e amônia e aromatizante.

Pesquisadora: você conhece todos os ingredientes?

Vagalume Aprendiz: não, não sei o que é polidextrose.

Pesquisadora: polidextrose, é tipo de açúcar formado por muitos tipos diferentes de açúcares: poli indica muitos, além dos açúcares, há também alguns tipos de adoçante na composição

Vagalume Aprendiz: entendi.

Pesquisadora: de modo geral, podemos dizer que esse produto é mais natural, certo? na embalagem mostra informações de que o alimento é rico em fibras, ou tem “x ou y” benefícios. Entretanto, temos que ter cuidado, porque as embalagens são projetadas para dizer que o alimento é natural e saudável.

Esse biscoito em questão contém muitas farinhas integrais, mas o ingrediente que aparece em primeiro lugar na lista de ingredientes é o que está em maior quantidade, ou seja, é a farinha branca [...].

Problematização: A primeira informação que a participante encontrou e que achou que era a principal. Nesse momento, expliquei que esse era um aviso importante sobre os ingredientes ou componentes do alimento, em especial para pessoas que são alérgicas ou intolerantes a eles, contudo, essa não era a informação completa do que realmente compunha o biscoito.

Após a leitura de todos os ingredientes, eu perguntei à participante se ela conhecia todos os componentes que ela tinha acabado de ler, então a resposta dela foi negativa, e no mesmo instante perguntou o que era a polidextrose. Nesse momento, falei então da falsa ideia de que muitas embalagens fornecem, ao dizer que aquele alimento é rico em fibras ou que é saudável ou natural.

O alimento em questão, apesar de ser constituído majoritariamente por alimentos (farinhas) integrais, ele não deixa de possuir componentes químicos ou modificados, que é o caso da polidextrose, um tipo de açúcar composto por uma mistura de diversos tipos de carboidratos (amido de milho, glicose) e adoçante (sorbitol). Além dele, o alimento também contém aromatizantes, que por sinal são artificiais, mas a embalagem não mostra essa informação. Não obstante, a lista de ingredientes trazia a informação de que o alimento continha óleo vegetal, mas não especificava qual e, portanto, poderia ser gordura vegetal hidrogenada (margarina).

Impressões e Conclusões do Terceiro encontro:

Ler e interpretar rótulos em um ambiente virtual foi uma tarefa complexa, pois requereu um maior esforço de ambos os lados, em alguns casos, embalagens menores e letras extremamente pequenas até inviabilizaram a leitura. Outro item que gerou dificuldade foi a explicação da tabela nutricional, pois exigiu explicar o que representavam os componentes da tabela, as calorias por porção, os macronutrientes, fibras, gordura *trans* e sódio, bem como os seus respectivos percentuais e quanto que significava em relação à porção, que por vezes também foi dificultado por problemas de conexão de rede. Apesar desses desafios, no geral, conseguiu-se falar e problematizar os principais pontos que mereciam atenção antes de comprar algum alimento industrializado e pronto para o consumo.

8.2.4 QUARTO ENCONTRO: EXAMES LABORATORIAIS, DIAGNÓSTICO E PROBLEMATIZAÇÃO

No quarto encontro foram trabalhadas duas distintas abordagens, que foram divididas em três momentos. Na parte inicial foram retomadas as questões acerca das mudanças realizadas até o momento, relembrando os combinados iniciais, em especial do primeiro e do segundo encontro. Foi retomado a questão dos rótulos, em especial as dúvidas, ou mesmo trabalhado a leitura e interpretação com quem não havia conseguido no encontro anterior.

Na segunda parte foi trabalhado a interpretação dos exames laboratoriais das participantes, e posteriormente, no terceiro momento terceira foi realizada a problematização das condições clínicas pré-existentes, como hipertensão arterial, hiperlipidemias e pré-diabetes.

8.2.4.1 Retomada dos Combinados iniciais: relato das mudanças e dificuldades

Bere

Precisa ainda comer mais salada, tem comprado pão integral, reduziu a quantidade de margarina que colocava no pão. Notou que ganhou peso e tinha consciência de que precisava diminuir, a principal dificuldade, o frio intenso que dificulta o consumo de alimentos com menor quantidade de energia. Bere reforçou a necessidade de receber um plano alimentar, então a desafiei, durante a consulta, a construirmos em conjunto um plano alimentar (Quadro 13).

Quadro 13: Construção de proposta alimentar da participante Bere e da Pesquisadora

<p>Bere <u>Café da manhã</u> Resposta inicial: 2 fatias de pão integral* 1 xícara de café com leite# Não faria porque o café é mais tarde <u>Almoço</u> 2 colheres de arroz 2 colheres de feijão Carne - bife magro ou frango Salada de alface e tomate ou beterraba/cenoura cozida# ½ copo de suco de laranja ou a laranja <u>Lanche da tarde</u> Café com leite 1 fatia de pão com mel ou geleia diet ou bolo, ou calça virada# <u>Jantar</u> Tem comido café e pão ou que sobra do almoço* Ceia: não faz porque dorme cedo</p>	<p>Pesquisadora: *O que mais? Bere: pão com banana ou com geleia diet, ou requeijão light #é parte do hábito/comportamento alimentar Pontos críticos: lanche da tarde e jantar <u>“Ajustes” do que pode ser feito diferente:</u> Pesquisadora: necessidade de modificar ou ajustar os alimentos consumidos no lanche da tarde: cuidado com as frituras, bolachas e bolo-não contribuem no emagrecimento e nem mesmo na melhora/redução dos triglicerídeos- sugestão: sanduíche com pão integral ou frutas da época Jantar: jantar cedo, de preferência repetir o almoço (em menor quantidade) Se for dormir mais tarde: consumir uma fruta pelo menos.</p>
--	--

Fonte: a autora

Questão da pesquisadora para a participante: O que você vai fazer na prática?

"Vou entrar nos eixos! Comer menos comida" (Bere)

Rosa

O quarto encontro iniciou com o questionamento sobre as mudanças ou não mudanças nas práticas realizadas, considerando os combinados até ali. O elemento mais significativo da fala se deu em torno da questão da atividade física, pois ainda não havia encontrado tempo, e nem tinha disposição para fazer, além da questão do frio. Nesse encontro foi aplicado então um novo o R24H a fim de avaliar a alimentação atual.

Recordatório Alimentar de 24 horas

Café da manhã

1 xícara de chá

1 fatia de pão com margarina

1 bolacha caseira

Lanche da manhã

1 banana e 1 maçã média

Almoço

1 prato de lentilha com carne e legumes

3 colheres de sopa de arroz

2 bergamotas poncãs

Lanche da tarde

2 bolachas caseiras

Jantar

Sanduíche natural: 2 fatias de pão branco

1 fatia de mortadela

1 fatia de queijo

1 xícara de café com leite

Através do R24H pontuou-se como positivo a introdução dos dois lanches, manhã e tarde, entretanto, foi reforçado a questão do uso da margarina e da bolacha caseira. Esta, por mais que seja natural, é composta por alimentos que neste momento são de elevado teor calórico, além de contribuir para a manutenção do estado nutricional atual, sem evolução. Passado o momento da problematização, a participante solicitou um plano alimentar (Quadro 14), que foi construído no momento da consulta, de forma conjunta.

A participante foi desafiada a falar quais alimentos e em qual quantidade ela poderia comer em cada refeição. Após ela falar quais alimentos poderiam ser consumidos em cada

refeição, sugeri alguns pequenos ajustes ou outros alimentos, deixando assim, um cardápio mais diverso e com maiores opções.

Quadro 14: Construção de proposta alimentar da participante Rosa e da Pesquisadora

Proposição Rosa	Proposição/sugestões da pesquisadora
Café da Manhã (7h30min) Fruta: 1 banana ou 1 maçã Torrada (manteiga e pão torrado) Chá ou café preto	Torrada com pão integral - levar de casa o pão. Suco de soja suplementado com cálcio.
Lanche (10h) Fruta ou bolacha caseira (1 unidade)	Ovo cozido, batata assada, sanduíche natural integral, iogurte com aveia. Líquidos: água, chá sem açúcar ou suco natural ou, café com leite.
Almoço (12h) Feijão- 1 concha Arroz -3 colheres Carne-1 pedaço médio ou fígado Salada (alface, tomate, repolho, pepino, brócolis, couve-flor)	Batata doce, ou mandioca, ou arroz integral, polenta cozida ou assada. Lentilha, grão de bico ou ervilhas - leguminosa. Carne de frango sem pele, peixe, sardinha, atum.
Lanche da tarde (15h) Pão com presunto Calça virada Bolo de laranja Palito assado	Sanduíche natural integral, fruta ou ovo cozido. Líquidos: água, chá sem açúcar ou suco natural ou café com leite. Evitar o consumo de alimentos doces como biscoitos, bolachas e calça virada.
Jantar (20h às 20h30min) Arroz Feijão Carne Salada	Repetir o almoço (se possível) - em menor quantidade. Outras possibilidades: arroz integral, omelete, salada cozida e salada verde; ou sanduíche integral com carne e suco natural.
Outras observações da pesquisadora: fibras importantes para serem consumidas junto com frutas ou outras preparações como vitaminas, panqueca: germe de trigo, fibra de trigo, linhaça e chia. GRUPO LIVRE: Folhosos, pimentão cru, pepino cru, tomate cru, berinjela cozida, brócolis cozidos, abobrinha cozida, palmito, rabanete, couve-flor, chuchu, repolho, cebola crua, vagem e nabo.	

Fonte: a autora

Nega

O trabalho com a participante Nega, assim como realizado com as demais, iniciou com o questionamento sobre as mudanças realizadas até o momento. Posteriormente foi aplicado um novo R24H. A participante mencionou que havia mudado muito a sua alimentação desde os primeiros encontros, tanto em relação ao corte ou redução de alguns alimentos, em especial os industrializados, que “não prestam”, quanto acrescentou na dieta novos alimentos, entre os

quais o consumo de leite, um alimento que quase não consumia. Um outro ponto muito positivo foi a inclusão dos chás, que auxiliaram na redução dos sintomas da menopausa (calorões principalmente) e melhora do sono.

Recordatório Alimentar de 24 horas

Café da manhã

2 fatias de pão de centeio com mel e nata

1 xícara de café com leite

Almoço

2 pedaços pequenos de carne de gado

2 colheres de arroz

1 concha de feijão

1 pedaço de mandioca

Lanche

1 bergamota

Jantar

2 colheres de arroz

2 pedaços de carne de gado

1 pedaço de mandioca

1 xícara de café com leite

Foi reforçada a questão sobre a importância de comer salada junto às principais refeições, as quais englobam a questão calórica, da baixa quantidade de calorias, a importância que tem para o bom funcionamento do intestino, da redução do colesterol e saciedade. Foi falado a respeito da questão da carne e leite não serem alimentos que combinam (interação entre ferro e cálcio), prejudicando a absorção do ferro e até de outros minerais. Foi ainda falado da importância de realizar um lanche após o jantar, se por acaso a participante seguisse se alimentando em torno das 18h30min, onde o organismo fica longos períodos de jejum, que faz mal ao organismo/metabolismo (tireoide).

Rose

Nesse encontro buscou-se trabalhar a leitura e interpretação dos rótulos, no entanto, a participante referiu que não havia nenhum alimento pronto, então falou-se de modo genérico sobre eles. Falou-se da resignificação dos alimentos e dos gostos, de novos sabores que são incorporados, por exemplo, a partir da substituição de um alimento tradicional, com açúcar, por exemplo, por outro à base de adoçante, os chamados alimentos diet.

Recordatório Alimentar de 24 horas (domingo)

Manhã- Chimarrão

Almoço

2 pedaços de frango frito e 2 de carne de gado

2 colheres de arroz branco (acabou o integral)

Maionese caseira

Salada de couve-flor com cenoura cozida + beterraba com ovo

Sobremesa: salada de frutas (banana, maçã e mamão)

Lanche da tarde

1 pote de salada de frutas

Jantar

Picadão: polenta frita, batata frita, iscas de gado e de frango

Cerveja

A problematização do Recordatório ocorreu principalmente em torno da falta do café da manhã, o qual é indispensável no caso dela (e principalmente do esposo), do excesso de consumo de carne (que também é prejudicial à saúde renal), em especial no picadão, cujas carnes, de modo geral possuem elevada quantidade de sal que, por sua vez, eleva a pressão arterial. Outro ponto, foi a respeito das frituras, batata e polenta, as quais são hipercalóricas, contribuindo para o excesso de peso, além da questão específica da batata: a pré-fritura em gordura hidrogenada. Atenção especial na fala foi em relação à bebida alcoólica, que neste caso, além de ser hipercalórica (quantidade de calorias por gramas muito próximas às calorias das gorduras), elas promovem a chamada hiperglicemia e posterior hipoglicemia, sendo, portanto, um líquido perigoso.

Joce

A participante relatou que fez uma mudança drástica sobre o consumo de doces, e que, apesar de ter viajado para o Mato Grosso (duas semanas), conseguiu controlar os alimentos e refeições fora de casa. Joce afirmou que reduziu dois quilogramas (kg) e que com isso elevou a sua autoestima.

Nas palavras dela: “comecei a me cuidar, a olhar pra mim. Eu tenho tudo para comer, mas vejo que não posso comer tudo. Aprendi a fazer as melhores escolhas, escolher os melhores alimentos” (Joce).

Lúcia

Lúcia havia solicitado um plano alimentar, então eu a desafiei a ela mesma produzir. Posteriormente, quando ela entregou o esquema alimentar, forneci *feedbacks* em relação ao

planejamento alimentar construído pela participante e também elogiei a iniciativa e a construção que ela havia feito. Nesse mesmo encontro, aproveitei para realizar um novo recordatório alimentar, que posteriormente foi elogiado.

Recordatório Alimentar de 24 horas

Café da manhã

Uma fatia de pão preto com uma xícara chá com uma colher de chá de açúcar

Lanche

1 maçã

Almoço

3 colheres feijão

3 colheres arroz

1 coxa de frango

1 porção salada crua

1 porção salada cozida

1 laranja

Lanche tarde

1 banana média

Jantar

3 colheres de feijão

3 colheres de arroz

1 pedaço carne

1 porção salada

Ceia: Uma bergamota

Vagalume Aprendiz

O quarto encontro iniciei questionando sobre as metas, entre elas as questões em relação à mastigação, a realização do jantar e exercício físico, ou seja, o reforço geral sobre as metas e combinados dos encontros anteriores. A participante afirmou estar conseguindo mastigar mais vezes e achava que havia melhorado bastante, entretanto, ainda podia melhorar mais. Referiu estar fazendo exercício físico pela manhã e o jantar, seguia se alimentando na lógica de antes: uma fruta e/ou biscoitos integrais.

Problematização: Inicialmente eu parabeneizei a participante pelas mudanças que havia colocado em prática e posteriormente reforcei a questão acerca da importância de fazer uma refeição completa, na lógica do almoço, pensando nos nutrientes (vitaminas e minerais e proteína) que precisam ser atingidos diariamente para garantir o pleno funcionamento do organismo, evitar carências nutricionais. Nosso corpo só “funciona” porque diariamente realizamos milhares de reações químicas, que regulam o nosso corpo, e para isso, se necessita

das vitaminas e minerais (informações que a participante já sabe). A questão principal, no caso dela, era ela parar e priorizar o tempo para o jantar, pois a organização é seu ponto forte, ou seja, sempre foi organizada em tudo, para dar conta de tudo.

8.2.4.2 INTERPRETAÇÃO DOS EXAMES LABORATORIAIS

A interpretação dos exames laboratoriais foi realizada de acordo com a Sociedade Brasileira de Diabetes, cujo ponto de corte para a glicemia de jejum é 99 mg/dl, entre 100 e 125 estado de pré-diabetes e 126 considerado diabetes. No que se refere às lipoproteínas, consideraram-se os parâmetros da Sociedade Brasileira de Cardiologia (2017): Novas Metas de Colesterol da Diretriz de Dislipidemia da *SBC New Cholesterol Targets of SBC Guidelines on Dyslipidemia* (2017), que recomenda os seguintes pontos de corte: colesterol total > 190 mg/dl; colesterol HDL < 40 mg/dl; Triglicérides > 150 mg/dl.

De acordo com os resultados apresentados no Quadro 15, percebe-se que quatro participantes apresentaram alterações na glicose. Três mulheres (Nega, Joce, Lúcia) apresentaram o quadro de pré-diabetes e uma (Rose) tinha diagnóstico da doença (diabetes mellitus já instalada). Além das alterações nos níveis de glicose, identificou-se que seis das sete participantes apresentaram algum grau de hiperlipidemia. A hipertrigliceridemia foi a alteração clínica de maior prevalência (seis das sete mulheres), seguida pelo elevado colesterol total (Rosa, Rose, Joce, Vagalume Aprendiz).

Quadro 15. Exames laboratoriais mais recentes fornecido pelas participantes

Participante	Glicemia de jejum	Colesterol Total	Colesterol LDL	Colesterol HDL	Triglicérides
Bere	85	179	109,6	35	172
Rosa	90	252	156,4	46	248
Nega	108	184	93,2	79	56
Rose	138	204	96,2	42	329
Joce	102	237	-	-	177
Lúcia	118	182	99,6	44	192
Vagalume Aprendiz	94	225	174,8	44	179

Fonte: a autora

8.2.4.3 PROBLEMATIZAÇÃO DAS DOENÇAS OU CONDIÇÕES CLÍNICAS

Hiperglicemia

As participantes que possuíam níveis de glicose sanguínea acima do parâmetro de normalidade (iguais ou superiores a 100 mg/dl), como Rose; Lúcia, Joce e Nega, receberam

explicações básicas sobre o que significa a condição de pré-diabetes e diabetes. Para além disso, foi orientado sobre os cuidados que devem ser tomados e que ajudam a controlar os níveis de açúcar, estando entre eles, a perda de peso, a prática de atividade física e o cuidado com a alimentação.

Inicialmente foi explicado que o açúcar (glicose) é vital, não vivemos sem. Além disso, existe um limiar ideal, ou seja, não deve estar nem baixo e nem alto demais. O nosso corpo sozinho faz essa regulação, quando nos alimentamos e quando ficamos sem nos alimentar, entretanto, quando estamos em condições de pré-diabetes ou diabetes, significa que nosso corpo não consegue mais controlar bem a quantidade de açúcar no nosso sangue.

Quando os níveis de açúcar baixam muito, nós ficamos hipoglicêmicos, sem energia, com tremores, sudorese e em casos muito graves, pode haver desmaios. Quando os níveis de açúcar estão muito elevados e não baixam ao estado normal ao longo de um determinado tempo, também é prejudicial, pois o excesso de açúcar lesiona as artérias dos rins e dos olhos, por exemplo (provoca doença renal e perda da visão), e artérias maiores do corpo, facilitando a infiltração de colesterol e triglicérides (por exemplo, a arteriosclerose), explicado por meio de um desenho (Figura 3).

Um indivíduo não diabético consegue ficar muitas horas sem se alimentar e manter os níveis de açúcar no sangue adequados, pois o estoque de açúcar do fígado vai sendo liberado para a corrente sanguínea. Quando se está na chamada pré-diabetes, esse controle é parcial, quando se torna diabético, o organismo não produz mais insulina, um hormônio responsável por absorver e metabolizar a glicose e a pessoa se torna dependente de insulina exógena, ou seja: precisa injetar insulina diariamente.

Quando nos alimentamos, a maioria dos alimentos que consumimos se transformam em energia para o nosso corpo, ou seja, em glicose, entretanto, alguns alimentos são absorvidos de forma muito rápida, e chegam na corrente sanguínea entre cinco a 10 minutos. Outros alimentos se transformam em glicose e chegam ao sangue de forma mais lenta (40 minutos e até mesmo em horas) e outros, em um tempo intermediário (cerca de 20 a 30 minutos). Essa diferença foi mostrada por meio da construção de um desenho da curva glicêmica (Figura 2) e dos Índices Glicêmicos dos alimentos (Figura 3).

Com a explicação e exemplificação de diversos alimentos e grupos alimentares, busquei mostrar o que acontece quando nos alimentamos, e o que ocorre no nosso sangue quando ingerimos alguns tipos de alimentos com índices baixos, médio e alto (Figura 3), bem como em pequenas refeições (como bala, biscoito, maçã, queijo, ovo cozido, calça virada, amendoim

torrado), ou mesmo em grandes refeições. Foi explicado também que quanto maior o índice de açúcar dos alimentos, mais prejudicial é para a pessoa diabética, pois vai precisar de mais insulina, que ela não produz mais sozinha ou produz parcialmente.

Na explicação sobre os índices glicêmicos dos alimentos, busquei mostrar que não podemos “demonizar” os alimentos de alto índice glicêmico, ou endeusar os de baixo e médio índice glicêmico. Cada um deles tem uma função. Em um estado de hipoglicemia grave, um sachê de mel ou uma bala, por exemplo, impedem um desmaio, portanto, são vitais, todavia, se forem consumidos frequentemente ou de forma isolada, em lanches, por exemplo, causarão hiperglicemia, contribuindo para agravar a doença, e, de forma silenciosa, lesionar grandes e pequenas artérias, gerando as complicações já mencionadas, e outras mais (Figura 4 e 5).

Figura 2: Desenho inicial e final para a explicação do Índice Glicêmico dos Alimentos e os seus comportamentos no sangue



Fonte: a autora

Figura 3: Imagens ilustrativas sobre os alimentos e seus respectivos Índices Glicêmicos



Fonte: Google Imagens <Índice Glicêmico dos Alimentos>

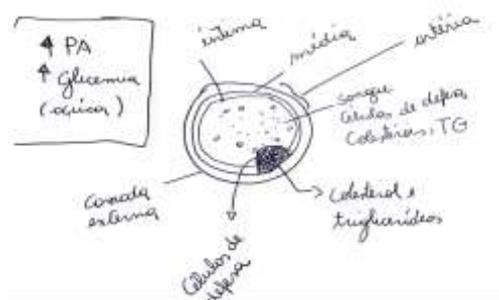
Mulheres com hipercolesterolemia

Participantes com hipertrigliceridemia e hipercolesterolemia (praticamente todas) receberam a explicação sobre os perigos gerados quando os níveis de colesterol e triglicérides

estão em excesso. Foi explicado que ao longo do tempo elas tendem a se infiltrarem nas camadas das artérias, e em especial quando há hipertensão arterial ou diabetes, pois essas condições clínicas lesionam as células internas dos vasos (camada íntima) e facilitam a deposição da gordura nas paredes lesionadas, iniciando um processo de inflamação neste local.

O nosso corpo, por meio das células de defesa, busca englobar ou conter essas moléculas, mas quando fazem isso, tornam o trombo maior e enrijecido. A manutenção do colesterol em níveis elevados, permite a continuação da infiltração nos trombos, aumentando o seu tamanho. A deposição contínua dos colesteróis pode promover o fechamento parcial ou total das artérias em que esse processo é gerado, que pode ser nas artérias do coração, artérias do pescoço ou de qualquer outro lugar, como artéria dos braços ou pernas. Com a pressão alta, esses trombos podem se deslocar e chegar ao coração ou ao cérebro, ou podem obstruir qualquer outra artéria, gerando consequências graves, como infarto, AVE, etc.

Figura 4. Desenho de artéria e a explicação do processo de aterosclerose

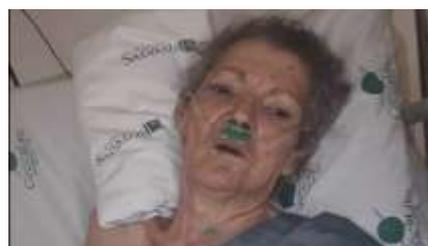


Fonte: a autora

Figura 5: Imagem ilustrativa do pé diabético **Figura 6:** Imagem de sequela de AVC



Fonte: Google imagens < pé-diabético >



Fonte: Google imagens <sequela de AVC >

Impressões e Conclusões do Quarto encontro

Foi realizada a interpretação e a problematização dos exames laboratoriais. Em alguns casos, explicações mais elaboradas como a construção de desenhos para explicar a

fisiopatologia da doença ou dos agravos relacionados às condições clínicas pré-existentes. Entre as questões de maior dificuldade esteve a explicação do diabetes, tendo em vista que a fisiopatologia é mais complexa, envolvendo diversos hormônios e diferentes órgãos.

A explicação por meio da construção de desenhos, como o da curva glicêmica e do desenho do desenvolvimento da aterosclerose facilitaram um pouco mais o processo de compreensão. O uso de imagens da internet também foram utilizados de forma complementar para mostrar as consequências do diabetes (Figura 5), hipertensão arterial, hipercolesterolemia e hiperglicemia (Figura 6), que podem resultar em sequelas irreversíveis.

8.2.5 QUINTO ENCONTRO: O QUE FALTA PARA MUDAR?

No quinto encontro as participantes foram convidadas a falar sobre as mudanças concretas que haviam feito até o momento e aquelas que não haviam colocado em prática. Além da investigação sobre as mudanças (ou não) concretas da alimentação (ou estilo de vida), foi trabalhado as demandas individuais de cada participante, que em alguns casos foi a interpretação dos exames de sangue (retomada), abordagem da fisiopatologia, (uso de imagens e vídeos), índice glicêmico dos alimentos (uso de imagens e artigo científico entre as mais escolarizadas), contagem de carboidratos (para a participante diabética), aprimoramento ou substituição de ingredientes em receitas, entre outras questões, conforme cada caso individual.

8.2.5.1-Demandas/Combinados (Práticos) para o último encontro

Bere

Nesse encontro, a participante ficou livre para falar de como estava se sentindo e como estava a alimentação no geral. Passado esse momento, foi aplicado um novo recordatório alimentar para verificar se havia tido alguma mudança na alimentação desde o último encontro.

Recordatório Alimentar de 24 horas (domingo)

Café da manhã:

Café com leite

1 fatia de pão de milho com geleia diet

Almoço

1 sobrecoxa assada

1 colher de maionese

Lanche da tarde

1 laranja

Jantar:

1 pedaço de pudim (obs.: referiu estar “atacada dos nervos”, nervosa).

Problematizou-se principalmente o pudim, como jantar, e após essa parte, trabalhamos nos resultados dos exames de sangue que a participante fez e enviou antes da consulta. Nesse exame, descobrimos então que ela não era pré-diabética, como relatou no primeiro encontro (pode ter havido melhoras, ou ela se equivocou no relato), e que seu diagnóstico ou problema principal era a hipercolesterolemia: colesterol total e LDL e triglicérides elevados e colesterol HDL baixo.

Problematização: Reforço sobre a importância de se fazer uma refeição completa no jantar porque ajuda a atingir mais facilmente a quantidade de vitaminas e minerais que o corpo necessita. Relembrei o efeito dos doces no organismo: falsa sensação de alívio, prazer e acalmar, mas que prejudica neste caso mais ainda os triglicérides e ganho de peso. Reforcei a importância de ela sair de dentro de casa e de fazer alguma atividade de lazer ao ar livre (com os devidos cuidados exigidos pelo momento pandêmico da Covid-19), bem como a atividade física.

Rosa

Mudança realizada: passou a comer apenas o pão integral, mas o exercício físico não conseguiu praticar. Nesse encontro, foi trabalhado a interpretação dos exames laboratoriais que a participante havia realizado, os quais, confirmaram hiperlipidemia. Nesse momento retomei alguns pontos necessários, entre eles, a redução do consumo de carnes vermelhas, uso limitado da banha (em apenas uma única preparação, exemplo, no feijão), realizar o jantar mais cedo, controle do consumo de doces (um importante ponto crítico), fazer um lanche mais reforçado durante a tarde, na escola, para não chegar com tanta fome em casa, entre outros aconselhamentos já trabalhados anteriormente, e reforçados no quinto encontro, como necessários, pois auxiliaria na perda de peso e na redução das lipoproteínas.

Nega

No quinto encontro foi trabalhado a questão do índice glicêmico dos alimentos, a “velocidade” com que é absorvido o açúcar (glicose) após ser digerido e transformado, como pode ser prejudicial ou pode ajudar no controle glicêmico de cada alimento que consumimos. Nessa explicação, construí novamente o desenho da curva glicêmica (Figura 2). Foi também falado a respeito da importância da regularidade dos intervalos entre as refeições. Foram enviadas imagens de alimentos pelo *WhatsApp* e mencionado o índice glicêmico de cada um

deles (Figura 3). Certos alimentos foram pegos como exemplo para mostrar o comportamento do “açúcar no sangue” através da curva glicêmica, que foi desenhada e explicada à participante.

Problematizou-se a questão de evitar doces, alimentos à base de farinha refinada (doce ou salgada), evitando assim os elevados picos de açúcar e de insulina (que vão saturando, cada vez mais), ou seja, gera uma demanda alta, que o corpo não dá conta de produzir o suficiente para absorver o excesso que fica no sangue e estocar no fígado. Após as explicações, a participante passou a questionar se certos alimentos eram bons, ou não, ou seja: se elevavam ou controlavam, entre eles: a tapioca, mel, melado, *schmier* e frutas.

Rose

No quinto encontro foi trabalhado de forma bem específica a alimentação no diabetes mellitus. A participante ainda não fazia uso de insulina, mas passou a tomar hipoglicemiante oral. Nesse encontro, reforçou-se a importância da atividade física e da perda de peso, que auxiliam na melhora da resposta à insulina, ou seja, na absorção do açúcar do sangue.

A participante foi orientada em um encontro anterior a baixar ou mesmo imprimir o Guia de Contagem de Carboidratos, o qual é um instrumento eficaz no controle dos carboidratos da dieta e usado em diabéticos que são insulino-dependentes. O guia foi trabalhado pensando especificamente no esposo, mas poderia servir para ela se basear, ao estudar o quanto de “açúcar”, contém os alimentos que ela come no dia a dia, ou que ela gosta de comer, e assim, evitar picos de glicose e posterior picos de insulina, que prejudicam ainda mais as células produtoras da insulina.

Durante a consulta, foi realizado o cálculo da distribuição de carboidratos por refeição, de modo que, se ela conseguisse seguir, auxiliaria no controle da sua glicemia, e na do esposo (o cálculo foi baseado nos dados individuais de cada um). A divisão da quantidade de carboidratos por refeição foi estimada em 280,4 g/dia, a distribuição entre as refeições principais foi de 70 gramas de carboidratos, e nos lanches de 23,6 gramas. Assim, a participante, durante o encontro, foi desafiada a procurar os alimentos dentro da tabela, que ela consumia no dia a dia ou que gosta de comer.

No início, os alimentos eram citados de forma mais discreta, por exemplo: banana, ovo cozido e sanduíche. Ao citar o alimento, ela folheava o Guia até achar e ver o quanto de carboidrato cada um deles continha. Alguns passavam de 23 em uma única porção, outros geraram surpresa, por conter zero gramas de carboidratos, a exemplo das carnes, salame, ovos, queijos.

As descobertas foram gerando cada vez mais curiosidade e a participante sozinha ia buscando alimentos que queria saber quanto de carboidrato continha, e assim, a lista de alimentos consultados foi aumentando, em especial aqueles que ela gostava muito: cerveja, sorvete, cuca, morcilha, dentre outros. As descobertas em alguns casos geraram frustração, por terem muito carboidrato, mas em outros caso, muita alegria, por saber que alimentos como nata, salame, manteiga não prejudicaram o seu açúcar no sangue.

Passado este momento, ainda informei que, por mais que as proteínas e gorduras, de modo geral não contenham carboidrato, a participante deveria ter moderação, pois, 60% das proteínas podem se transformar em carboidratos (ou seja, em energia), se não consumirmos fontes de alimentos que contenham carboidratos, e por isso, a importância de lembrar do índice glicêmico dos alimentos, trabalhados no encontro anterior. Ou seja: procurar as melhores opções de carboidratos para não fazer o corpo “sofrer”.

As Figuras 7 e 8 são imagens de preparações feitas pela participante que foram enviadas para a pesquisadora com a intenção de demonstrar que ela estava se cuidando e colocando em prática os combinados. A Figura 7 é um bolo à base de fruta e fibras e a Figura 8 é o registro de um prato servido no almoço.

Figura 7: Bolo de maçã com aveia



Figura 8: Preparação que comeu no almoço



Fonte: arquivo pessoal da participante

Joce

Neste encontro destaquei o tema do diabetes mellitus, de forma pontual, as questões de porquê ocorre a hipo ou hiperglicemia, ou seja: por que o “açúcar do sangue”, às vezes fica muito baixo ou muito alto. No caso da Joce, o corpo dela estava no limite, ou seja: ainda produz insulina e consegue remover o excesso de glicose do sangue, entretanto, o agravamento do

quadro, faz com que o corpo não consiga mais produzir o hormônio de forma suficiente, as células do pâncreas não conseguem mais produzir a insulina, ou não produzem o suficiente, a pessoa se torna dependente do hormônio, ou seja: precisa injetar insulina diariamente.

A partir da explicação, iniciei a questão sobre o índice glicêmico (IG) dos alimentos, mencionando que todo alimento ao ser ingerido se transforma em açúcar no nosso corpo, uns mais, outros em menor quantidade, alguns de forma mais rápida e outros de forma mais lenta, e a partir daí uma explicação sobre como determinados alimentos podem prejudicar ou ajudar a controlar o açúcar no corpo, conforme o seu índice de açúcar. Nessa ocasião, enviei imagens de alimentos como sorvete, grão-de-bico, feijão, pão branco, pão integral, batata-doce e muitos outros, desenhei em uma folha de ofício a curva glicêmica e fui explicando como cada um dos alimentos se comportava no organismo. A ideia central era mostrar que doces, de modo geral, e alimentos refinados, independentemente de serem doces ou salgados, possuem alto índice glicêmico, assim como determinadas frutas, em especial quando bem maduras.

Aconselhamento: O investimento em refeições mais frequentes e planejadas é importante para que ela não ficasse longos períodos em jejum, desenvolvendo um quadro de hipoglicemia, bem como, o cuidado na seleção dos alimentos, em especial nos intervalos das refeições principais. Atividade física e perda gradual de peso, podem auxiliar na melhora da resposta à sensibilidade à insulina, ou seja, poderia ajudar a participante a ter novamente um quadro de euglicemia, sem necessitar tomar medicação.

Lúcia

No quinto encontro, questionei a participante a respeito da autoprodução de plano alimentar. Interessava-me saber como ela enxergava o movimento de ela mesma ter que produzir e não receber pronto um cardápio e pedi que ela falasse um pouco sobre a sua experiência e percepção:

[...] o fato de eu não ter recebido uma dieta pronta foi bem mais proveitoso porque assim eu me dispus a seguir uma dieta, eu organizei o meu cardápio de acordo com aquilo que eu tinha disponível, e de acordo com aquilo que era possível para cada dia. Então, de repente, se eu tivesse recebido uma dieta pronta, talvez eu não tivesse seguido essa dieta, mas como eu me propus a criar um cardápio, a organizar como seriam minhas refeições, e o meu dia a dia, foi mais fácil, e eu estou conseguindo realizar isso, como eu me propus, eu estou conseguindo desenvolver aquilo que eu decidi fazer, eu estou conseguindo!

Vagalume Aprendiz

Neste encontro, iniciei questionando como a participante estava, quais metas, quais mudanças tinha realizado até ali e quais não. A participante afirma que estava caminhando e fazendo alguns exercícios em aparelhos da Academia ao Ar Livre²⁸, além de meditação que estavam ajudando muito na redução da ansiedade. Relatou que estava fazendo os chás de amora branca, entretanto, ainda tinha alguns episódios de choro, mas bem menos frequentes. Vagalume Aprendiz eliminou três quilogramas e estava se sentindo mais leve. Também afirmou não estar mais comendo chocolate da forma como comia, e sim, de forma controlada, o chocolate amargo. Afirmou estar comendo mais devagar, terminando a refeição junto com os pais.

Após esses relatos, Vagalume Aprendiz falou mais profundamente sobre a menopausa: “a menopausa te empurra a tomar certas decisões, se você não toma a decisão, ela te obriga. [...] o corpo não responde mais da mesma forma como respondia. [...] Eu preciso cuidar de mim, eu preciso zelar porque ninguém vai fazer isso por mim”.

Figura 9: Alimentos consumidos no lanche



Figura 10: Alimentos consumidos no almoço



Fonte: arquivo pessoal da participante

Impressões e Conclusões do Quinto encontro

No quinto encontro foi trabalhado em cima das questões individuais de cada uma das participantes, onde busquei investigar quais as principais mudanças já haviam sido realizadas e mantidas até ali, bem como quais as dificuldades e questões que ainda não haviam sido

²⁸ São aparelhos de musculação e exercícios físicos instalados em espaços públicos, como em praças e parques.

colocadas em prática. O recordatório alimentar foi o instrumento que seguiu sendo aplicado. Aspectos positivos e melhorias percebidas sempre foram elogiados/parabenizados.

Alimentos de grupos alimentares que eram considerados prejudiciais para as condições clínicas específicas seguiram sendo problematizados. Nesse encontro, percebi que algumas mulheres também já haviam evoluído em muitos aspectos da alimentação e estavam produzindo alimentos e preparações em versões muito mais saudáveis e equilibradas, mostradas por meio do envio de fotos (Figuras 7, 8, 9 e 10).

8.2.6. SEXTO ENCONTRO: AS APRENDIZAGENS E MUDANÇAS NA PRÁTICAS.

No sexto encontro virtual as participantes foram questionadas acerca dos aprendizados e mudanças que realizaram (ou não) de forma efetiva na prática a partir do trabalho de EAN crítica. Nesse encontro, assim como no encontro anterior, questões individuais seguiram sendo trabalhadas. No último encontro também foi aplicada a entrevista final (Apêndice V), a fim de investigar quais foram os conhecimentos produzidos, bem como as implicações do trabalho educativo crítico sobre a saúde e estado nutricional.

Investigação sobre as mudanças reais conquistadas desde o primeiro até o sexto encontro.

Bere

Conseguiu comer pão de centeio ou outro pão integral, referiu estar consumindo mais salada no almoço e estar comendo “menos besteira e mais fruta”. Estava se sentindo mais magra e a respeito do sono e ansiedade, referiu às vezes estar melhor, às vezes não.

Foi reforçada a questão de seguir se cuidando, e principalmente, se priorizar, para ter saúde. Tirar um tempo para si, tomar cuidado com os alimentos que compra pronto e tem em casa. Bolachas, salgadinho em geral, como costumava ter e comprar até mesmo por causa “da pequena”, ou seja, para a filha de cinco anos é prejudicial, pois vai formar hábitos não saudáveis, de produtos que não nutrem, que fazem mal ao corpo. Crianças deixam de comer comida de verdade para comer salgadinhos.

Impressões e Conclusões individuais da participante: Bere foi uma participante que teve muitas dificuldades de aceitar e colocar em prática as mudanças. Uma parte, me pareceu que foi pelos problemas pessoais/familiares que relatou já no primeiro encontro. A comida para ela foi sempre um afago, uma forma de prazer muito simbólica por vivenciar uma rotina só dentro do lar e com os problemas no casamento e com os filhos. Uma fala muito forte dela foi:

"a gente vive sempre abalada", mostrando que vivencia problemas pessoais/familiares, que por sua vez, interferem diretamente na alimentação. Para além disso, a baixa renda familiar e a falta de renda própria, parece que dificultaram a "adesão" a algumas mudanças. Apesar de tudo, ela conseguiu realizar algumas mudanças significativas na alimentação.

Rosa

Referiu não estar fazendo as caminhadas, estar comendo menos, evitando o consumo de arroz branco e pão branco. Relatou que ainda precisa passar a colocar adoçante no café ou retirar o açúcar. Na ocasião também falei/reforcei a questão de adaptar as receitas, conforme foi trabalhado no encontro anterior.

Outro ponto de dificuldade foi conseguir realizar o jantar mais cedo, que nem sempre é possível. E a atividade física que realmente não conseguiu fazer ainda. Se sente muito cansada quando chega em casa.

Impressões e Conclusões individuais da participante: A participante passou a levar o trabalho sério, ou mesmo aceitar as mudanças a partir do quarto mês de intervenção, assim, o tempo de seis meses não foi suficiente para causar grandes mudanças práticas sobre os comportamentos alimentares e estilo de vida. O fator que mais contribuiu significativamente para a mudança, possivelmente, foi o resultado dos exames de sangue que ela fez no mês anterior, os quais mostraram hipercolesterolemia e hipertrigliceridemia, e junto a isso, a problematização sobre o que significavam aqueles resultados, e o que causavam no organismo ao longo do tempo.

Nega

Relatou que, de modo geral, conseguiu fazer todas as mudanças que precisava. Relatou que perdeu peso e que mudou a alimentação da sua casa. Passou a servir o prato apenas uma vez. Aprendeu que pode comer de tudo um pouco, mas com moderação. Nas palavras dela: "não precisa comer duas fatias de torta" [...] uma fatia é suficiente". Passou a fazer caminhadas e, quando for possível, quer fazer academia para reforçar a musculatura. Passou a tomar leite e/ou comer derivados de leite, que ela não tinha o hábito.

Impressões e Conclusões individuais da participante: Nega foi uma participante que se esforçou e colocou em prática a maioria das mudanças ou combinados realizados ao longo dos encontros e ao longo do tempo. Ela sempre tentou seguir à risca os aconselhamentos. Ela melhorou a insônia e os calorões que sentia a partir da evolução do tempo e do seguimento dos

conselhos. Perdeu peso, perdeu a “barriga grande” que ela tinha, como ela mesma disse. A sua principal demanda foi o estado de pré-diabetes, que relatou desde o primeiro encontro e que segundo ela, é hereditário na família. Exames de sangue complementares que ela fez durante a consulta mostraram que ela manteve o valor do ano anterior, e que, portanto, deve seguir com os cuidados básicos.

Rose

No relato da participante, ela “conseguiu mudar bastante coisas”: diminuiu a “quantidade de carboidratos”. Tirou grande parte da farinha branca, por exemplo: ao fazer panqueca, ao invés da farinha de trigo refinada apenas, adiciona farinha de aveia junto (para todos os integrantes da família). Está comendo mais frutas. Passou a cuidar o que come nos lanches que tem na escola onde trabalha, perguntando qual é o lanche que tem no dia. Passou a fazer bolos do tipo “Fit”. Reduziu a frequência de consumo de refrigerante.

Ponto crítico ainda: o uso/consumo de margarina. Sugestão: trocar por creme de leite ou requeijão (menos pior). Durante a consulta, surgiu uma demanda que partiu da própria participante que foi sobre o consumo de alimentos doces que ela tanto adora. Nesse momento, relembré à participante que ela não precisaria retirar o doce da vida dela, mas sim adaptar as receitas, substituindo alguns ingredientes que poderiam fazer mal à saúde dela e do esposo. Nesse momento então trabalhamos a adaptação de receitas doces tradicionais por receitas diet, devido à condição clínica de diabetes.

O trabalho de adaptação da receita (Quadro 16) foi realizado em conjunto com a participante no momento da consulta. A receita foi escolhida pela participante, a qual ela referiu “amar”. Eu pedi que ela me relatasse todos os ingredientes necessários para fazer uma torta de limão. Posteriormente foi trabalhado a substituição dos ingredientes refinados e açucarados.

Quadro 16: Adaptação da Receita de Torta de Limão

Ingredientes da Receita tradicional	Adaptação
<u>Massa:</u> Farinha de trigo 2 colheres de margarina Açúcar, Sal e Fermento Químico <u>Recheio:</u> 1 lata de leite condensado 1 creme de leite 5 limões	<u>Massa:</u> Farinha de trigo e aveia: proporção ½ a ½ 3 colheres de nata Açúcar dietético em pó ou estevia ou, outro adoçante líquido para uso culinário <u>Recheio</u> Leite condensado diet no lugar do tradicional* *Lembrei a diferença entre diet x light

Fonte: a pesquisadora

Impressões e Conclusões individuais da participante: Rose foi uma participante, de certa forma, resistente, com dificuldades de mudança, pois os alimentos que ela produz representam prazer e amor para ela. No primeiro encontro falou que amava cozinhar e comer, portanto, as mudanças que foram propostas/aconselhadas, não foram fáceis de serem modificadas ou adaptadas. A partir da descoberta da sua condição de diabetes mellitus tipo II, o trabalho foi mais direcionado para as questões da fisiopatologia da doença, bem como sobre as condutas nutricionais na doença. Um dos encontros que senti que foi muito especial, e, por sinal, um dos mais longos, com duração de uma hora e meia, foi o trabalho de contagem de carboidratos). A participante descobriu muitas coisas sobre os alimentos que ela podia comer com mais tranquilidade, e aqueles que poderiam ser perigosos ou prejudiciais, por elevarem a glicemia.

Uma mudança que considerei muito significativa foi o controle glicêmico, que na condição de diabetes é essencial. Nos relatos da participante, os resultados dos testes glicêmicos de jejum (teste rápido) apresentaram valores em torno de 107, 109, 98 mg/dl, quando inicialmente era superior a 130 mg/dl. Um resultado importante também foi a perda de 22 quilogramas, ao longo dos seis meses.

Joce

Para a Joce, a mudança mais significativa foi a melhora no funcionamento do intestino, que agora está normal (evacuações macias). Uma das questões que foi muito difícil para ela foi o hábito em relação ao consumo de doces, os alimentos de maior preferência e de consumo diário. Quando descobrimos a partir dos exames de sangue que ela realizou (encontro 3), que ela possuía além de hipercolesterolemia, uma condição de hiperglicemia, foi muito difícil para ela, em especial pela questão do trabalho que teve que ser feito em cima disso.

Um fato importante ao longo do estudo, e diria até o mais significativo em meu olhar, foi que, a partir da mudança dos comportamentos em relação ao consumo de doces (guloseimas em geral, que comia diariamente no seu mercado), a repetição do último exame, mostrou uma euglicemia, ou seja: a saída de um estágio de risco de desenvolvimento de diabetes, para um estado de normalidade glicêmica (de 102 mg/dl para 98 mg/dl). Outra mudança importante foi a prática de caminhadas, que não fazia ou se fazia, era esporádico. Ela referiu estar “reduzindo o ritmo”.

Impressões e Conclusões individuais da participante: Joce, é dona de três mercados, e está à frente dos três. Uma das questões que eu frisei desde o início à participante, que era

necessário ela ter um tempo para si, trabalhar menos, encontrar alguém para ajudar a fazer o trabalho dela. A partir do momento que ela passa a se permitir, por exemplo, parar para fazer um lanche, no meio da manhã e no meio da tarde, pegar um pouco de sol (demandas que eu aconselhei que fizesse), bem como pela prática de caminhadas em dias alternados, as mudanças começaram a ser realizadas e trazer resultados para ela. Um fato que também muito contribuiu para a mudança, foi a consciência de que precisava mudar, a partir da descoberta da pré-diabetes e o que significava a evolução do quadro.

Lúcia

Rose 2 referiu que conseguiu mudar bastantes coisas, entre elas, a mudança total da rotina e a resistência que tinha em ir à nutricionista, pois tinha a ideia de que “era só ir lá pegar uma dieta”. De forma prática, estiveram entre as mudanças: a introdução do café da manhã (que não fazia), a introdução de lanches nos intervalos das refeições, o consumo frequente de salada, que segundo ela “não sentia falta se não tinha”. Ela relatou que modificou também a quantidade de alimentos no prato: “aprendi a controlar, não é porque tem de tudo na mesa que eu tenho que comer tudo”.

A caminhada foi incluída como parte da rotina (voltar a pé do trabalho) e já não cansava mais. As roupas, segundo ela, não serviam mais, estavam todas apertadas e agora estão servindo. Ela relatou ainda que a alimentação precisa ser agradável, ela realizou todas as mudanças propostas, não por obrigação, mas com prazer: “Se fizer por obrigação, logo desiste”. Ela relatou que sempre gostou de doce e que aprendeu que pode comer, mas sem exagerar. Nas palavras dela: “refri e doce hoje não me faz mais falta, sei que tem açúcar em outros alimentos”. Ela afirmou ainda que tenta cuidar dos “exageros do domingo: primeiro a salada, bastante, depois a carne”.

Impressões e Conclusões individuais da participante: Até aproximadamente a metade do trabalho, havia uma certa resistência e inibição da participante. Ela falava muito pouco, mesmo quando era questionada. No decorrer dos encontros ela foi se “soltando” e nos dois últimos senti ela mais “empoderada”. Rosa eliminou cerca de 4 quilogramas e essa era uma de suas demandas/necessidades colocadas no início dos encontros. As mudanças foram acontecendo de forma gradual, mas ao final resultou em grandes alterações dos

comportamentos alimentares, em especial a introdução do café da manhã, a introdução de verduras e legumes na dieta e exercício físico (caminhada).

Vagalume Aprendiz

A participante, espontaneamente, inicia falando sobre o tempo e sobre a vacinação. Posteriormente, eu a convido a entrarmos no assunto nutrição e ela afirma que passou a comer o sanduíche “reforçado” no jantar (uma conquista importante para ela que não fazia a refeição ou comia pequenos lanches). O sanduíche contém geralmente: pão integral, queijo colonial, presunto magro e tomate. Nos lanches da noite passou a comer frutas (ao invés da barra de cereais ou do lanche da escola). Outra conquista, segundo ela, diz respeito ao número de refeições: passou a fazer de quatro a cinco refeições/dia.

“Acho que consegui chegar no meu ideal. [...] Eventualmente eu piso da jaca, como pipoca com meus pais, bolo de cenoura aos finais de semana”. Outra melhora percebida foi em relação aos sintomas da menopausa, “reduziram drasticamente depois que passei a fazer atividade física”; “Meu cabelo melhorou, parou a queda”; “não sinto mais tanta ansiedade e vontade de chorar, o sono está bom”; “acordo sozinha sem precisar despertador”.

Vagalume Aprendiz almejava se aposentar e desacelerar. Ela incluiu na rotina diária o trabalho com as plantas, retomou alguns passeios ao ar livre (com os pais) nos finais de semana (mais contato com natureza depois da vacinação). Nas palavras dela, ela estava “tentando reduzir os efeitos da pandemia sobre nós”. Além disso, deixou de ingerir bebida alcoólica, que nas para ela foi o “ponto mais alto e significativo”.

Não obstante, a participante afirmou ainda que não basta ter consciência, é necessário aceitar a mudança e “criar condições para o corpo ficar em equilíbrio, em especial na fase de envelhecimento”. Ela sentia muito orgulho em ter o pai e mãe vivos e velhinhos.

A conversa seguiu com muitas outras reflexões sobre conhecimentos, que não devem ficar para nós, pois são importantes para ajudar outras pessoas. Falou da importância da meditação na vida dela, e quão importante é para a pessoa olhar para si, sair dos externos e olhar para dentro de si “Isso colabora pra ti ficar em equilíbrio”. Por fim, Vagalume Aprendiz falou um pouco da importância de ter participado da pesquisa e dos diversos aprendizados que teve:

“Você me ensinou a comer devagar, a ter paciência”; “Você me ensinou a me importar com as calorias e quantidades. Tudo agregou para eu estar com essa cara feliz [Sorriso].”

Impressões e Conclusões individuais da participante: Vagalume Aprendiz foi muito dedicada ao longo do trabalho de EAN crítica, para ela, foi possibilitado trabalhar coisas além do tradicional e ao final do sexto encontro também estaria apta para seguir sozinha, sem acompanhamento. A participante já está em uma fase mais tranquila, se preparando para a aposentadoria total (pois já é aposentada 20 horas), e iria investir seu tempo em conhecimento, leitura, plantas e capacitações. Ela está muito segura de si, de seus objetivos. Um fato interessante é que, o trabalho de EAN crítica foi efetivo desde os primeiros encontros e aconselhamentos, tanto que no segundo encontro já estavam sendo colocados em prática.

8.3 REFLEXÕES DO TRABALHO EM GERAL

A presente pesquisa mostrou ser possível realizar um trabalho de EAN em ambiente virtual, o qual, apresentou pontos positivos, mas também alguns negativos que serão trabalhados no item 8.9. Particularmente, posso afirmar que o maior desafio em trabalhar a EAN crítica em ambiente virtual, não foi o trabalho à distância, mas sim, o processo ou tentativa de desvinculação, ou, minimização do modelo tecnicista e prescritivo ao qual me formei.

Particularmente, também afirmo que o trabalho com pessoas de diferentes graus escolares e condições de renda não foi difícil, todavia, é relevante mencionar que a linguagem, o grau de dificuldade com que se trabalha com cada pessoa é distinta. Nesse sentido, Boog (2013) também alerta que pessoas com elevado nível de instrução também demandam educação alimentar e nutricional, entretanto, a simplificação pode ser um fator desestimulante quando não se explora e debate adequadamente as razões que justifiquem as afirmações e orientações transmitidas.

Outro ponto relevante se dá em relação ao trabalho de educação crítica. Enquanto pesquisadores, ainda que tenhamos estudo e domínio teórico de métodos e técnicas pedagógicas, ou mesmo da própria pedagogia crítica, o processo de aprendizagem e domínio prático ou empírico é gradual. O domínio de métodos qualitativos e críticos só ocorrerá de fato a partir do momento em que colocamos o projeto em prática. Esse processo de transposição da teoria para a prática será possivelmente marcado por acertos, mas também por erros. O processo pedagógico de desvinculação dos modelos tecnicistas se dará a partir da reflexão dos erros e acertos.

Ao longo dos encontros educativos e ao final deles, busquei sempre como pesquisadora e aprendiz que sou, realizar processos de reflexão acerca do trabalho realizado. Quando

menciono erros, me remeto principalmente a algumas condutas que realizei no formato tradicional ou bancário. Entre as condutas “bancárias”, posso citar, por exemplo, os momentos em que falei sobre as doenças, sobre as complicações, por exemplo, sem antes perguntar o que elas sabiam sobre, pois ainda estava muito “amarrada” aos métodos de trabalho clínico tradicionais.

O processo de percepção desse “erro”, ou mesmo de outros, como questionar às participantes sobre o que elas sabiam sobre alimentos saudáveis e não saudáveis, não se deve ao formato da pergunta em si. A questão, por sinal, gerou reflexões e avanços conceituais após o trabalho educativo, mas pela dicotomia “saudável/não saudável”, que remete a bom/ruim, e que reforça a ideia de alimentos “heróis” ou “vilões”.

O terceiro “erro” refere-se aos questionamentos “você possui alguma doença? qual (quais)?”, cuja falha também não está na elaboração ou formato da pergunta propriamente dita, mas sim, na falta de aprofundamento sobre as doenças por meio de questões como “o que você sabe falar sobre essa doença” ou ainda “o que você sabe que faz bem comer ou fazer para tratar ou melhorar essa condição?” ao invés de falar diretamente quais são os comportamentos que precisam ser alterados ou alimentos que precisam ser consumidos reduzidos ou substituídos, o que reforça a postura tecnicista e depositária de informações.

A elaboração de questões no sentido de perguntar “o que a pessoa sabe sobre” se torna importante pois possibilita conhecer os saberes existentes e problematizar o assunto, a fim de evoluir ou mesmo desmistificar alguns saberes que estão ou possam estar equivocados. Esse processo reflexivo e de percepção dos erros, só foi acontecer mais tarde, após o término do trabalho educativo, período em que também houve maior amadurecimento e evolução da perspectiva educativa crítica, o que mostra ou reforça que o (a) pesquisador (a) também aprende no ato de ensinar (FREIRE, 1996).

Apesar dos “erros”, a EAN crítica em ambiente virtual, apresentou muitos pontos positivos que podem ser considerados diferenciados dos modelos de EAN tradicional (CONTE, DOLL, 2021), entre os quais, destaco o tempo de duração dos encontros educativos, que tiveram em média uma hora a cada encontro, com cada uma das participante. O diálogo e a problematização dos assuntos, a exemplo do trabalho com os rótulos dos alimentos, dos Recordatórios Alimentares de 24 horas, ou ainda a explicação da fisiopatologia das doenças e o comportamento dos alimentos no organismo por meio da construção de desenhos. Além disso, o trabalho de EAN crítica em ambiente virtual é considerado um trabalho inovador, que apesar

dos desafios do próprio ambiente on-line e das dificuldades de trabalhar de forma crítica, pode atingir pessoas de lugares distintos do estado e do país.

Outro ponto positivo e significativo no trabalho de EAN crítica, porém não inovador, por já ter sido realizado por outros pesquisadores (ALVAREZ; ZANELLA, 2009), foi a construção de plano alimentar por algumas das participantes. O fato de não fornecer um material pronto, mas solicitar que ela pensasse e ela mesma construísse um plano alimentar com base nos conhecimentos que ela possuía, confere a ela maior capacidade de reflexão sobre suas práticas alimentares reais e ideais. Destaco ainda, a importância de “corrigir”/problematizar o plano alimentar e, principalmente, elogiar os aspectos positivos. A problematização se dá no sentido de não manter condutas alimentares que precisam ser modificadas, indicando melhores opções ou substitutos. O papel do nutricionista não é “cortar”, e sim fornecer informações e novas alternativas.

Um exemplo prático disso foi quando a participante Bere fez o seu plano alimentar e manteve como lanche da tarde a calça-virada, um alimento caseiro, com ingredientes naturais, porém à base de farinha branca e açúcar, ou seja, é um alimento hipercalórico, que fornece uma elevada quantidade de energia por unidade, tanto pelos seus ingredientes, quanto pela formato de cozimento (imersão em óleo), além de contribuir na formação e elevação dos triglicerídeos, que estavam elevados.

Outro aspecto importante no trabalho educativo, foi a indagação de perguntas no início do trabalho educativo, e a repetição das mesmas perguntas ao final da intervenção, o que permitiu avaliar o grau de conhecimento das participantes antes e depois, bem como comparar a evolução das respostas fornecidas que, por sinal, foram mais complexas ao final.

Essa perspectiva de trabalho se traduz no que Freire (1991) chama de transformação de conhecimento ingênuo (popular/leigo) em conhecimento crítico, que ocorre por meio do “ciclo gnosiológico”. Este ciclo envolve dois momentos: um “[...] em que se ensina e se aprende o conhecimento já existente e o em que se trabalha a produção do conhecimento ainda não existente” (FREIRE, 1996, p. 28).

Para Freire (1983) o conhecimento se constrói na coletividade (e não na individualidade), por meio das relações sociais dos sujeitos entre si e na relação e interação destes com o mundo, com a sociedade, com a cultura, por meio do diálogo e da reflexão crítica sobre o que se conhece, sobre o próprio ato de conhecer, visando transformação. De acordo com Gadotti (2002) o conhecimento não fica contido apenas sobre o que se conhece, mas também no modo como ele é produzido e como pode ser utilizado na e pela sociedade.

Por fim, não pode ser desconsiderado as condições específicas que o trabalho educativo ocorreu, ou seja, a necessidade de adaptação do formato de trabalho que seria em grupo e presencial para uma modalidade individual e virtual. Apesar da possibilidade de trabalhar a alimentação e saúde mediatizado por diálogos, problematizações ou mesmo trabalho prático (com limitações), esse formato impediu conversas, interações e construções coletivas mais amplas.

De acordo com Buaes (2011), as interações sociais são essenciais para a construção do conhecimento, pois possibilitam interação, trocas, construções coletivas, participação coletiva e maior segurança. Já os trabalhos individualizados ou com pouca interação podem mais facilmente resultar no domínio de um sujeito sobre o outro, onde um é detentor do conhecimento (pesquisadora) e o outro (participante) não, ou mesmo realizar um trabalho baseado em prescrições e depósito de informações (BOOG, 1997).

Os Primeiros Frutos...

Uma árvore bem nutrida, forte, intacta, bem enraizada tende a florescer e a frutificar. Esta árvore se manteve firme com os vendavais e produziu os seus primeiros frutos. Nos parágrafos que seguem, apresento o resumo dos principais conhecimentos produzidos e resultados alcançados com o trabalho de educação alimentar crítica.

8.3 RESULTADOS (FRUTOS) DA EAN CRÍTICA

Nesta terceira e última parte (8.3) apresento os principais conhecimentos produzidos e os resultados alcançados com o trabalho educacional (entrevista final -Apêndice V). Nesta mesma sessão, também é mostrado o resultado da análise da comparação das respostas das questões realizadas antes e após o trabalho educativo (perguntas sobre alimentos saudáveis e não saudáveis e sobre o rótulo dos alimentos (questão modificada)) (8.3.1 a 8.3.5); As concepções e conhecimentos sobre as doenças e o tratamento nutricional (8.4); O que sabem sobre o tratamento nutricional (8.5); Os resultados alcançados com a EAN crítica (8.7); A alimentação nas diferentes classes e graus escolares (8.8) e, por fim, a educação alimentar e nutricional crítica em ambiente virtual (8.9).

8.3.1 Questionamento sobre alimentos saudáveis após a Educação Alimentação e Nutricional

A questão sobre alimentos saudáveis após a intervenção nutricional resultou em categorias distintas das produzidas na primeira versão, sendo elas: Tudo pode se comer com moderação; Não fazem mal; Comida saudável interfere na qualidade de vida; Alimentos saudáveis nutrem o corpo; São os alimentos *in natura*. As falas mais significativas em relação às respostas fornecidas foram das participantes Nega, Lúcia, Rose e Vagalume Aprendiz.

Na concepção de Nega, saudáveis são aqueles que ela pode comer sem preocupação pois sabe que não vão causar nenhum dano: “o alimento saudável é aquele que eu posso comer e que eu sei que não vai me fazer mal”.

Lúcia, em seu novo conceito sobre o tema, traz elementos que contemplam alimentos *in natura* livres de agrotóxicos, não processados e o consumo moderado de alimentos naturais como carnes e gorduras:

Alimentos saudáveis são aqueles que quanto mais natural, melhor é, por exemplo, a verdura é uma coisa saudável, ainda mais se a gente plantar ela sem agrotóxico, é ela mais naturalzinha é saudável, ela não foi processada. As frutas são importantes e são saudáveis também para a gente. Alimentos integrais, quanto menos processado por o alimento, eu acredito que é mais saudável. A carne também é, a carne que não seja muito gorda, né? Ela não é prejudicial, se tu comer em pequena quantidade, não precisa comer bastante, não precisa exagerar.

Para Rose e Vagalume Aprendiz, os alimentos saudáveis nutrem o corpo. Nas palavras de Rose: “Os alimentos saudáveis possuem todos os nutrientes pro nosso corpo” e nas palavras de Vagalume Aprendiz:

[...] fornecem os componentes que a gente precisa para ter saúde: comida básica [...] os alimentos/nutrientes eles ajudam a gente manter a saúde, a ter a disposição para trabalhar, [...]fazer atividade física, a questão da memória [...] a questão emocional [...] o bem-estar geral passa por uma alimentação saudável.

No Quadro 17 foi realizado uma comparação com a síntese das respostas fornecidas antes e após o trabalho educativo acerca da temática alimentos saudáveis. Essa comparação permitiu mostrar que as concepções sobre alimentos saudáveis foram mais complexas após a EAN. Além disso, representaram de forma coerente conceitos diversos e sobre o tema. A união de todas as respostas das participantes apontou que a alimentação saudável é aquela à base de alimentos *in natura* (Joce) e minimamente processados, livre de agrotóxicos (Lúcia), e que comer saudável é comer com moderação (Bere, Lúcia). Os alimentos saudáveis não fazem mal (Nega), nutrem o corpo (Rose e Vagalume Aprendiz), resultam em bem estar geral (Vagalume Aprendiz) e qualidade de vida (Rosa).

Quadro 17: O que são alimentos saudáveis? Cite exemplos-Comparação antes x depois.

Participante	Resposta inicial	Síntese da resposta
Bere	Tudo tu pode comer um pouco, tudo é saudável, só que de tudo tu pode comer um pouco, nada exagerado	Tudo pode se comer com moderação.
Nega	[...] o alimento saudável é aquele que eu posso comer e que eu sei que não vai me fazer mal.	Não vai fazer mal à saúde? Ao corpo?
Rosa	A gente tem que aprender a comer saudável, comer comida mais saudável, não comer porcaria. A alimentação tem que corrigir, [...] pra ter uma qualidade de vida melhor.	Comida saudável é necessário para ter qualidade de vida.
Rose	[...] são aqueles alimentos que vão fazer bem pro nosso organismo [...] possuem todos os nutrientes pro nosso corpo.	Possuem todos os nutrientes que nosso corpo precisa.
Joce	Os saudáveis são as frutas mesmo, as verduras que eu como né?! mas eu vivo disso.	São as frutas e verduras.
Lúcia	[...] nada faz mal, se tu souber dosar e também souber combinar [...] não vai me fazer mal porque eu vou ter uma dosagem pequena [...] não vai acabar	É importante ter moderação. O excesso é cumulativo (satura) e prejudica a saúde.

	saturando o meu organismo e acabar prejudicando a minha saúde.	
Vagalume Aprendiz	[...] fornecem os componentes que a gente precisa para ter saúde: comida básica [...] os alimentos/nutrientes eles ajudam a gente manter a saúde, a ter a disposição para trabalhar, [...] fazer atividade física, a questão da memória [...] a questão emocional [...] o bem-estar geral passa por uma alimentação saudável.	Comida básica contém todos os nutrientes que o corpo precisa e promove saúde física e mental.

Fonte: a autora

8.3.2 Comparação das respostas sobre alimentos saudáveis antes e após a EAN crítica

O Quadro 18 mostra o resumo das principais respostas fornecidas antes e após a intervenção em relação às questões sobre alimentos saudáveis. A comparação das respostas nos dois distintos momentos torna visível a evolução das arguições da primeira indagação para a segunda. Na primeira vez que responderam, de modo geral, se inspiraram em respostas do mundo concreto como, exemplos de alimentos que representavam os alimentos saudáveis e não saudáveis. Na segunda vez que responderam às mesmas perguntas, ou seja, após o trabalho de EAN crítica, percebeu-se que as respostas fornecidas saíram mais do mundo concreto e foram mais para uma linha teórica, ou abstrata, onde foram desenvolvidos conceitos.

As respostas após a EAN crítica resultaram em formulações conceituais mais complexas, direcionando para o efeito desses alimentos na saúde, conforme constatado nas falas de Rosa, Rose, Lúcia, Vagalume Aprendiz.

Rosa: “Comida saudável é necessário para ter qualidade de vida, a partir do momento que se sabe sobre” (Rosa)

Rose: “Possuem todos os nutrientes que nosso corpo precisa”

Lúcia: “É importante ter moderação, o excesso é cumulativo (satura) e prejudica a saúde”

Vagalume Aprendiz: “Comida básica contém todos os nutrientes que o corpo precisa e promove saúde física e mental”.

A elaboração de explicações menos complexas foi identificada em apenas um caso (Joce), a qual citou novamente exemplos de alimentos saudáveis, sem um desenvolvimento conceitual. Uma outra participante (Bere), ao responder, apresentou dúvida sobre o que estava respondendo e, ao mesmo tempo, solicitou a resposta, entretanto, ainda que houvesse a tentativa

de receber a resposta ou confirmação, ela sai do mundo concreto, o que não deixa de ser uma elaboração conceitual: “Não vai fazer mal à saúde? Ao corpo?”.

Quadro 18: Comparação da síntese das respostas da questão “O que são alimentos saudáveis?” Cite Exemplos” - antes e depois da EAN crítica

Participante	Antes	Depois
Bere	Verduras, legumes, feijão, arroz	Tudo pode se comer com moderação.
Nega	Uma alimentação com pouco sal e gordura, isenta de ultraprocessados	Não vai fazer mal à saúde? ao corpo?
Rosa	Feijão, banha, salada, frutas, carne, legumes, arroz	Comida saudável é necessário para ter qualidade de vida, a partir do momento que se sabe sobre.
Rose	Frutas, verduras e legumes	Possuem todos os nutrientes que nosso corpo precisa.
Joce	São os alimentos fornecidos na introdução alimentar	São as frutas e verduras.
Lúcia	São os alimentos não ultraprocessados	É importante ter moderação, o excesso é cumulativo (satura) e prejudica a saúde.
Vagalume Aprendiz	São os alimentos naturais que não precisam passar por cozimento	Comida básica contém todos os nutrientes que o corpo precisa e promove saúde física e mental.

Fonte: a autora

Entre as respostas mais significativas, Rose, por exemplo, mencionou que esses alimentos fazem bem para o organismo e possuem todos os nutrientes que o corpo precisa. Lúcia afirmou que é saudável comer com moderação, que é importante saber “dosar” os alimentos e combinar corretamente, pois o excesso satura o organismo e prejudica a saúde. Por fim, a fala de Vagalume Aprendiz, que mencionou que alimentos saudáveis fornecem os componentes que o corpo precisa para funcionar e ter saúde por meio da comida que se produz em casa, a qual contém todos os nutrientes que o corpo necessita.

É importante destacar que apesar das evoluções das respostas da maioria das participantes, nem todas elas conseguiram elaborar explicações mais complexas, a exemplo das participantes Bere, Nega e Joce, cujas respostas seguiram a lógica da primeira vez que responderam à pergunta, ou seja, mostraram pouca complexidade, conforme demonstrado nas escritas abaixo:

Bere: “Tudo tu pode comer um pouco, tudo é saudável, só que de tudo tu pode comer um pouco, nada exagerado”

Nega: “[...] o alimento saudável é aquele que eu posso comer e que eu sei que não vai me fazer mal”

Rosa: “Os saudáveis são as frutas mesmo, as verduras que eu como né?!”

De modo geral, pode-se dizer que o exercício de reflexão é algo complexo e que, ainda que algumas delas não produziram argumentações complexas ou mais específicas. As respostas fornecidas não deixam de estar corretas e ser significativas. Cada uma delas, dentro de suas capacidades, produziram informações. Pode-se inferir que as respostas, mais ou menos complexas, também coincidiram com o nível educacional. De modo geral, quanto mais alto o grau educacional, mais complexas ou abstratas eram as respostas elaboradas, enquanto que entre as mulheres com mais baixo grau de escolaridade, as respostas eram mais concretas e menos complexas.

8.3.3 Questionamento sobre alimentos não saudáveis após a EAN

O questionamento sobre alimentos não saudáveis, de forma semelhante à questão anterior, apresentou distinções em relação aos conceitos produzidos no primeiro encontro. Semelhantemente ao que se observou nas respostas sobre alimentos saudáveis, as mulheres elaboraram afirmações mais complexas, envolvendo conceitos e exemplos que foram categorizados em duas diferentes perspectivas. Uma sobre o que pode implicar o consumo de alimentos não saudáveis (Quadro 19) e outra, sobre exemplos propriamente ditos e características desses produtos alimentícios (Quadro 20).

No que se refere à categorização sobre as implicações dos alimentos não saudáveis sobre a saúde, as respostas resultaram em duas principais categorias: “Prejudicam a saúde” e “Não nutrem”. Na óptica de Bere, “tudo o que for industrializado nada faz bem, isso tudo prejudica a saúde da gente!” Para Rose, alimentos não saudáveis são consumidos por questões que podem estar relacionadas ao sabor e ao prazer, mas que são desnecessários ao nosso corpo: “o nosso corpo não necessita, a gente come é por gulosa mesmo!”. Joce, em sua fala, retrata que esses alimentos faziam parte da sua alimentação, e que ao consumi-los, estava deixando de se nutrir: “[...] tudo essas coisas eu comia no mercado, [...] eu comia doce, bala, bolacha e deixava de me nutrir.

Lúcia menciona que alimentos não saudáveis (Quadro 19), para além dos produtos ultraprocessados, são aqueles que passaram por processo de refino, no qual, é retirado todos os nutrientes que continham nos grãos. “São aqueles mais processados, por exemplo: o arroz branco, o arroz branco, já foi tirado tudo que ele já tinha de nutrientes, ele foi processado, a farinha branca também e eles acabam não sendo tão saudáveis, as margarinas, a mortadela” (Lúcia).

Por fim, Vagalume Aprendiz afirma que os alimentos não saudáveis sinalizam perigo, causam dependência e são capazes de prejudicar a saúde: “vão prejudicar, vão atrapalhar a saúde. Você vai acabar desenvolvendo alguma doença [...] podem, digamos assim, sinalizar perigo para a saúde do corpo [...] os alimentos que não são saudáveis, eles, as pessoas têm muita dependência”.

A união dos conceitos individuais produzidos pelas participantes, pode ser resumida na seguinte construção: não é saudável comer em excesso. Uma alimentação não saudável é comer o que nosso corpo não necessita, são os alimentos ultraprocessados (Bere, Rose, Joce), os quais, causam dependência, (Vagalume Aprendiz), não nutrem (Rose, Joce, Lúcia), sinalizam perigo e prejudicam a saúde (Bere, Rosa, Vagalume Aprendiz).

Quadro 19: Categorização da questão: O que são alimentos não saudáveis? Cite exemplos.

Categoria Inicial	Categoria Intermediária	Categoria Final
Bere [...] tudo o que for industrializado nada faz bem, isso tudo prejudica a saúde da gente né!	Prejudicam a saúde.	Prejudicam a saúde.
Rosa São esses que prejudicam a saúde da gente? A gente tem que tentar eliminar. Se não são bons, não adianta.	Prejudicam a saúde.	
Vagalume Aprendiz: vão prejudicar, vão atrapalhar a saúde. Você vai acabar desenvolvendo alguma doença [...] podem, digamos assim, sinalizar perigo para a saúde do corpo [...] as pessoas têm muita dependência.	Prejudicam a saúde, sinalizam perigo, causam dependência.	
Nega: alimentos não saudáveis é aquele [...] tu come à vontade, tipo assim: exagerar [...] acho que tudo que tu fizer exagerado na comida, eu acho que ela não é saudável	Não é saudável comer exagerado.	
Rose: não saudáveis seriam pizza, cerveja, maionese, enlatados, açúcar, refrigerante, bolos, frituras, coisas assim, que o nosso corpo não necessita, a gente come por gulosa [...]	O nosso corpo não necessita.	Não nutrem.
Joce: [...] tudo essas coisas eu comia no mercado, [...] eu comia doce, bala, bolacha e deixava de me nutrir [...] com uma verdura, exemplo, uma maçã, uma fruta né?!	Não nutrem.	
Lúcia são aqueles mais processados, por exemplo: o arroz branco, o arroz branco, ele já foi tirado tudo que ele já tinha de nutrientes, ele foi processado, a farinha branca também [...] as margarinas, a mortadela.	Não tem nutrientes.	

Fonte: a autora

A segunda perspectiva de análise das respostas foi direcionada para os exemplos dos alimentos não saudáveis e estão sintetizados no Quadro 20. A maioria das mulheres (cinco)

citaram como exemplo os alimentos processados e refinados, produtos ultraprocessados e *fast-foods*. Nesta questão, excepcionalmente a participante Rosa não citou diretamente nenhum exemplo de ‘alimento não saudável’, mas mencionou que eles prejudicam a saúde e que precisam ser eliminados, pois não fazem bem, entretanto esta é uma tarefa difícil, por eles serem atrativos, prazerosos: “São esses que prejudicam a saúde da gente? A gente tem que tentar eliminar. Se não são bons [...] não é fácil, às vezes tu tem vontade de comer uma coisa, mas tem que diminuir, comer menos”.

Lúcia, além de citar alguns exemplos, explica porque eles não são saudáveis, conforme já mencionado na primeira perspectiva de respostas sobre alimentos não saudáveis. Para além desta construção, a participante afirma que os produtos industrializados precisam de muitos conservantes (aditivos químicos), que é possível identificar por meio da leitura do rótulo:

O que precisa bastante conservantes, se tu for analisar o rótulo, né? Ou até mesmo o produto, você vai ver que ele tem bastante conservante, e isso não é saudável. Também o chip's, o chips é uma delícia, eu gosto de chips, as crianças adoram, mas é uma coisa que não é saudável, né? Então, na verdade, ele faz mais mal do que bem. O refrigerante também. Tem bastante açúcar, né? Então é uma coisa que não é saudável (Lúcia).

As respostas de Nega e Vagalume Aprendiz se direcionam principalmente para a questão dos exageros alimentares, ou da não moderação, tanto entre os alimentos naturais ou minimamente processados. Exemplos trazidos pelas participantes: banha de porco (Vagalume Aprendiz), macarrão e arroz branco (Nega), bem como de alimentos processados como bebida alcoólica, chocolate (Vagalume Aprendiz) e *fast-foods* (Nega).

Quadro 20. Síntese das respostas: O que são alimentos não saudáveis? Cite exemplos.

Resposta Inicial	Resumo das respostas
Bere: É o pão branco, o refri, arroz branco, bolachas industrializadas, tudo o que for industrializado nada faz bem, isso tudo prejudica a saúde da gente né!	Produtos ultraprocessados e alimentos refinados.
Nega: alimentos não saudáveis é aquele [...] tu come à vontade, tipo assim: exagerar, tu pegar um arroz branco, uma massa, encher um prato, comer, né? [...] sair comer, que nem eu vou te dizer, um Xis burger,	Alimentos refinados consumidos excessivamente e <i>Fast food</i> .
Rosa: São esses que prejudicam a saúde da gente? A gente tem que tentar eliminar. Se não são bons [...] é, não é fácil, às vezes tu tem vontade de comer uma coisa, mas tem que diminuir, comer menos.	Esses alimentos são atrativos e não é fácil de eliminar, precisa diminuir.

Rose: [...] pizza, cerveja, maionese, enlatados, açúcar, refrigerante, bolos, frituras, coisas assim, que o nosso corpo não necessita, a gente come é por gulosa mesmo! Eu gosto de pizza e cerveja...	<i>Fast Foods</i> , ultraprocessado, doces e frituras.
Joce: [...] essas coisas fora de hora [...] comendo besteira, salgadinho, tudo essas coisas eu comia no mercado, [...] eu comia doce, bala, bolacha...	Os ultraprocessados.
Lúcia: são aqueles mais processados, por exemplo: o arroz branco, o arroz branco, ele já foi tirado tudo que ele já tinha de nutrientes, ele foi processado, a farinha branca também e eles acabam não sendo tão saudáveis, as margarinas, a mortadela.	Alimentos refinados e produtos ultraprocessados.
Vagalume Aprendiz: [...] que alimentos que podem ser: Todos, que você consumir excessivamente [...] a bebida alcoólica [...] chocolate, eu amo chocolate [...] banha de porco...	Bebida alcoólica, doces, gordura saturada consumidos excessivamente.

Fonte: a autora

8.3.4 Comparação das respostas sobre alimentos não saudáveis antes e após a EAN crítica

A comparação das respostas antes e depois do trabalho educativo em relação aos conhecimentos ou ideias sobre alimentos não saudáveis (Quadro 21), resultou, assim como nas respostas fornecidas sobre alimentos saudáveis, em uma evolução das respostas. Na primeira indagação da pergunta, as respostas foram direcionadas especialmente para a citação de exemplos de alimentos que sabiam que não eram saudáveis, ou seja, responderam principalmente a segunda parte da pergunta: “Cite exemplos”, e pouco falaram da primeira parte “O que são alimentos não saudáveis?”. Na segunda indagação, além dos exemplos fornecidos, as afirmações foram direcionadas para as características desses alimentos e para os prejuízos à saúde.

Entre as respostas observou-se que algumas delas foram formuladas de forma mais complexas, pois contemplaram construção conceitual ou reflexões que inquiriram em importantes conclusões que foram observadas especialmente nas falas das participantes Rosa, Rose, Joce, Lúcia e Vagalume Aprendiz. Rosa, por exemplo, não elaborou uma resposta complexa, mas uma importante (auto) reflexão ao afirmar que é necessário aprender a comer saudável e corrigir a alimentação, evitar comer ‘porcaria’, ou “reduzir, comer menos”, para ter uma qualidade de vida melhor. Rose, concluiu em relação aos alimentos não saudáveis que “o nosso corpo não necessita”. Joce e Lúcia, concluíram que eles não nutrem e Vagalume Aprendiz, que concluiu que eles prejudicam a saúde, sinalizam perigo, causam dependência.

Quadro 21: Comparação das respostas da questão “O que são alimentos não saudáveis?” fornecidas antes e depois da EAN crítica

Participante	Antes	Depois
Bere	Gordura refinada e de origem animal, e açúcar.	Prejudicam a saúde.
Nega	Batata frita, carne gorda e frituras em geral.	Não é saudável comer exagerado.
Rosa	São aqueles que vêm da indústria.	Prejudicam a saúde.
Rose	Alimentos industrializados, ultraprocessados e <i>fast-foods</i> .	O nosso corpo não necessita.
Joce	Alimentos ultraprocessados.	Não nutrem.
Lúcia	Alimentos processados, açúcares e gordura.	Não tem nutrientes.
Vagalume Aprendiz	Alimentos industrializados e processados.	Prejudicam a saúde, sinalizam perigo, causam dependência.

Fonte: a autora

As respostas das participantes a respeito de alimentos saudáveis e não saudáveis após a intervenção trouxeram maiores elementos conceituais do que no primeiro questionamento, que foram mais vagos e com poucos elementos. Após o trabalho de EAN crítica, as respostas produzidas foram mais complexas, e possibilitaram classificar as mesmas respostas em distintas perspectivas de análise.

As respostas sobre alimentos não saudáveis revelaram que as mulheres sabem que eles são principalmente os produtos ultraprocessados e *fast-foods* (Bere, Nega, Rose, Joce, Lúcia) os quais prejudicam a saúde (Bere, Rosa, Vagalume Aprendiz), não nutrem (Rose, Joce, Lúcia) mas que, no entanto, não é fácil deixar de consumi-los e, portanto, precisam ser reduzidos (Rosa).

Uma outra questão que ficou em destaque entre duas participantes foram os exageros alimentares como sinônimo de alimentação não saudável, referidos por Vagalume Aprendiz e Nega. Apesar de terem suas respostas classificadas em categorias distintas, indicaram que comer excessivamente não é saudável: “Que alimentos que podem ser: Todos, que você consumir excessivamente” (Vagalume Aprendiz) e “tu comer à vontade, tipo assim: exagerar” (Nega).

8.3.5 Questionamento sobre o rótulo dos alimentos após a EAN crítica

O tema dos rótulos após a intervenção foi abordado por meio da seguinte questão: “O que você sabe falar sobre os rótulos dos alimentos? O que aprendeu?”. Essa temática, assim como dos alimentos não saudáveis, foi avaliada sob duas perspectivas: uma sobre as informações que têm no rótulo e outra sobre o que compreendeu ou concluiu a respeito dos mesmos.

A análise mostrou que as mulheres passaram a observar um número bem maior de informações quando comparado à primeira indagação. Isso significa que começaram a olhar muitos outros elementos além da validade, a qual foi o principal item citado antes da EAN crítica.

No Quadro 22 são apresentados os resumos das respostas fornecidas a respeito da leitura e interpretação dos rótulos antes e após a EAN crítica. Após o trabalho educativo observou-se que novos elementos foram citados, entre eles: ingredientes (Bere, Rosa, Nega, Rose, Joce, Lúcia e Vagalume Aprendiz), macronutrientes, (Rosa, Rose, Vagalume Aprendiz), calorias (Bere, Rose, Vagalume Aprendiz) e uma delas (Vagalume Aprendiz) citou itens diversos elementos que representavam as informações dos rótulos: informação nutricional: quantidades dos nutrientes, as classes dos nutrientes: macronutrientes: as proteínas, os carboidratos e as gorduras, alguns micronutrientes, calorias por porções e composição do alimento (ingredientes).

Quadro 22: Comparação das respostas antes e após a EAN sobre as informações que estão contidas nos rótulos

Participante	Antes	Depois
Bere	Validade e se o alimento era do “Tipo 1 ou 2.”	Quantidade de calorias e qualidade (ingredientes)
Nega	Sim, a validade e se contém glúten.	Ingredientes que compõe o alimento (para ver a qualidade) - a composição
Rosa	Não.	Macronutrientes (gordura), ingredientes (açúcar) e validade
Rose	Não.	Quantidade de calorias, macronutrientes (carboidratos), ingredientes (açúcar) e validade
Joce	Sim, validade.	Olha os ingredientes (se tem muita gordura)
Lúcia	Não.	Composição do alimento, a partir dali pode avaliar se ele é saudável ou não

Vagalume Aprendiz	Sim, sódio, gorduras, validade e calorias.	Informação nutricional: Quantidades dos nutrientes, as classes dos nutrientes: macronutrientes: as proteínas, os carboidratos e as gorduras – micronutrientes- calorias por porções e composição do alimento (ingredientes)
--------------------------	--	---

Fonte: a autora

No Quadro 23, é apresentado a categorização das respostas sobre a compreensão e/ou conclusão das mulheres a respeito dos rótulos. Essa resultou em cinco temas: dizem a qualidade; é importante ler os rótulos; a maioria dos alimentos prontos não são bons, é melhor fazer em casa; a composição do alimento promove efeitos no organismo; fornece as informações necessárias para avaliar o alimento/produto.

Os relatos mostram que as mulheres de fato compreenderam a lógica dos rótulos, e entenderam quais as informações que eles trazem e porque é importante que sejam lidos. Entretanto elas não aprenderam a interpretar todas as informações, (mencionado diretamente por duas participantes): “eu não entendo muito o que tá escrito ali” (Nega) e “eu não entendo assim, muito do rótulo”, e “a gente não consegue entender muito ainda, pouca coisa, mas eu já presto mais atenção até na validade. Eu de primeiro não olhava nada” (Rosa).

Duas participantes (Rosa e Rose) que não liam os rótulos mencionaram após a EAN crítica que é importante que eles sejam lidos. Entre outras conclusões, percebeu-se que elas compreenderam também por que é importante que eles sejam lidos: eles “dizem a qualidade” (Bere), fornece as informações necessárias para a pessoa possa avaliar o alimento (Lúcia e Vagalume Aprendiz), cada alimento é único e que dependendo da sua composição ele pode ser prejudicial à saúde (Joce) e por fim que, a maioria dos alimentos prontos não são bons e é mais saudável fazer em casa (Nega).

Nesses relatos, percebeu-se maiores dificuldades das participantes com menor escolarização em compreender e lidar com informações mais complexas, entretanto, elas entenderam quais informações de fato precisam se atentar, a exemplo, a lista de ingredientes. Quando os nomes da lista são difíceis ou não sabem ao que se refere algum ingrediente, possivelmente ele não é bom para a saúde. A leitura e interpretação também mostrou que elas buscaram apreender as informações que eram possíveis de serem compreendidas e que são importantes para elas. A parte compreensível da tabela nutricional, por exemplo, foi a informação das calorias por porção, ou seja, elas conseguem avaliar se aquele produto contém um valor elevado ou não de energia se consumirem uma porção do alimento.

Quadro 23: Categorização da Questão: Rótulo, dimensão sobre o que compreende ou conclui a respeito dos rótulos dos alimentos

Categoria inicial	Categoria intermediária	Categoria final
Bere: Quantidade, qualidade, carboidratos, calorias	Dizem a qualidade	Dizem a qualidade
Rosa: Nunca olhava, agora dá uma olhadinha antes de comprar, aprendeu que é importante olhar	É importante ler os rótulos	É importante ler os rótulos
Rose: Rótulos são muito importantes e é importante olhar o rótulo antes de comprar o produto	É importante ler os rótulos	
Nega: Olha o rótulo todas as vezes que vai comprar um produto, pra ver o que contém no alimento, mas não entende muito o rótulo em si. Sabe que de modo geral os alimentos industrializados no geral não são bons, é melhor fazer em casa.	Sabe que é importante ler os rótulos para ver o que eles contêm, alimentos processados na maioria não são bons	A maioria dos alimentos prontos não são bons, é melhor fazer em casa
Joce: Cada alimento é único e dependendo da sua composição vai interferir pode prejudicar a saúde,	A composição do alimento promove efeitos no organismo	A composição do alimento promove efeitos no organismo.
Lúcia É bom, é interessante, rótulo vai fornecer as informações sobre o que compõe aquele alimento, e a partir dali se pode avaliar se ele será bom pra saúde ou se ele pode prejudicar a mesma	É interessante porque vai fornecer as informações necessárias para avaliar se o alimento é bom ou prejudicial à saúde	Fornecer as informações necessárias para avaliar o alimento.
Vagalume Aprendiz: Antes não olhava nada, e ia mais pela cara mesmo, aprendeu que elas enganam, dão uma falsa ideia de saudável, e por isso quase não compra muito alimento pronto, e se compra, primeiro olhar todos os ingredientes e assim consegue avaliar se ele é bom ou não pra saúde	Embalagens enganam. O rótulo vai fornecer as informações necessárias para avaliar o alimento/produto. É melhor produzir em casa	

Fonte: a autora

A leitura e interpretação das informações nutricionais não era inicialmente realizada pela grande maioria das mulheres e após o trabalho embasado no estudo dos mesmos possibilitou-se que, minimamente, as mulheres passassem a aprender os elementos que compõem os rótulos e as principais informações a serem observadas. Entretanto, é importante destacar que os componentes citados pelas mulheres não significam, necessariamente, que elas aprenderam a ler e interpretar todas as informações, em especial as contidas na tabela nutricional, todavia, pode-se afirmar que elementos de menor nível de complexidade foram destacados, como o número de calorias por porção e a lista de ingredientes.

A participante Nega, por exemplo, mostra que não compreendeu tudo, mas que olhar a lista de ingredientes fornece as informações necessárias para ver se aquele alimento era bom ou não para a saúde. Além disso, conclui que o alimento mais saudável é aquele que se produz em casa:

[...] cada vez que eu compro uma coisa eu vou ler pra para ver se aquilo que eu tô comendo é saudável [...] eu não entendo muito o que tá escrito ali, mas como tu me disse, tem que ver ali as coisas que é bom e as coisas que é ruim, [...] comecei a ler tudo o que eu tô comprando agora, mas já não tô comprando muita coisa também, eu tô fazendo mais²⁹ [...] Eu tô fazendo essas coisas, o que tu me ensinou. Ler os rótulos, porque ali tem bastante coisas [...] a composição.

Joce da mesma maneira, não aprendeu a interpretar, mas compreendeu que ler os ingredientes vai possibilitar avaliar se o alimento pode ser prejudicial: “se eu comer, dependendo do tipo, altera uma coisa, outra, por exemplo, se eu comer um alimento que tem mais gordura, vai prejudicar o meu colesterol, [...] Eu não entendo assim, muito do rótulo, mas é o que eu penso”.

A compreensão sobre os macronutrientes foi maior para as participantes Rose e Vagalume Aprendiz. No caso de Rose, houve em outros momentos diálogos sobre os macronutrientes, em especial os carboidratos e índice glicêmico dos alimentos pela sua condição de diabetes. Para Vagalume Aprendiz, a compreensão do rótulo foi mais rápida e fácil, por pelo menos dois motivos: o primeiro, porque ela já lia os rótulos (sódio, gorduras, validade e calorias) e um segundo elemento que pode estar relacionada ao seu grau de instrução: professora de matemática e biologia.

Joce, por sua vez, que se formou em biologia, pouco compreendeu os rótulos e a explicação para tal fato pode estar relacionada ao horário dos encontros que eram feitos sempre no turno da noite (após as 21 horas), ou seja, após a jornada de trabalho dela e da pesquisadora, motivo que pode explicar o pouco êxito sobre esta parte, além do fato de que ela não tinha rótulos de produtos industrializados em casa (e sim nos mercados), com exceção de óleo, feijão, arroz. Assim, o trabalho foi embasado no envio de imagens de rótulos e informações nutricionais de produtos que ela relatou consumir, como o chocolate, mas que não tinha no momento do encontro.

Um estudo transversal (SOUZA *et al.*, 2011) realizado na cidade de Natal (RN) com 368 participantes adultos desvelou, entre outras informações, que 94,6% dos entrevistados consultavam os rótulos e 96,8% consideravam as informações nutricionais importantes e muito

²⁹ “Fazendo mais” na fala da participante se refere a fazer ou produzir em casa.

importantes, entretanto, apenas 3,8% compreendiam totalmente rótulo. A leitura da informação nutricional com a finalidade de realizar escolhas mais saudáveis (35,7%) associou-se positiva e significativamente com o grau de escolaridade e a renda ($p < 0,0001$). De acordo com os autores, é necessário “melhorar os rótulos e promover mais oportunidades para a aprendizagem sobre as características nutricionais dos produtos industrializados” (p. 337), entre os quais, considero a escola e as ESFs como espaços importantes e viáveis para esse trabalho.

O estudo e interpretação dos rótulos deveria ser acessível à população como um todo, em especial, entre os grupos de menor renda e instrução. De modo geral, dentro dos chamados Grupos de Saúde, criados a partir da Política Nacional da Atenção Básica (PNAB), através da Portaria nº. 648/GM de 28 de março de 2006 (BRASIL, 2006) possibilitou-se o acesso e a ampliação do cuidado por meio de diversas estratégias e grupos de cuidado preventivo, dentro e fora das Unidades Básicas de Saúde e das Estratégias de Saúde da Família, que incluem a educação em saúde.

De acordo com Abrahão e Freitas (2009) o desenvolvimento dos trabalhos em grupo podem e são realizados por qualquer profissional das equipes de saúde, como parte do processo de trabalho. Os grupos de educação em saúde são estratégias pedagógicas e possibilitam trocas de saberes e vivências. De modo geral, as atividades realizadas possuem enfoque nas doenças mais prevalentes e na sua prevenção, entretanto, nem sempre há um espaço ou tempo para estas atividades, que são conciliadas com o trabalho individual de cada profissional, o que muitas vezes gera tensões.

De acordo com Matias (2017, p. 20) as atividades educativas em grupo, “proporciona ao usuário melhor entendimento de suas debilidades, requerendo, de certa forma, mudanças nos hábitos e estilos de vida que apresentam risco à saúde”. Nesse sentido, o trabalho de educação nutricional dentro deste espaço sugere-se incluir a leitura e interpretação de rótulos como parte dos temas abordados.

Outra questão importante a ser debatida é a regulamentação dos rótulos dos alimentos processados e ultraprocessados, que nem sempre representam o produto, promovendo tensões entre representantes da indústria de alimentos e o Estado (MARTINELLI; CAVALLI, 2019). Informações equivocadas ou mesmo a isenção de dados importantes promovem a falsa ideia de saudável e dificultam as escolhas de alimentos saudáveis (MARTINELLI; CAVALLI, 2019). Essa pesquisa mostrou que o tamanho das letras e as informações técnicas dificultam a leitura e são de difícil compreensão, inclusive por pessoas com ensino superior.

Síntese dos Resultados sobre a leitura e interpretação dos rótulos

O trabalho de leitura e interpretação dos rótulos possibilitou que as mulheres compreendessem o que compõe e quais informações estão contidas nos rótulos, mas a maioria delas não conseguiu interpretar as informações integralmente. Destacaram-se as dificuldades de compreender os componentes da tabela nutricional como um todo, que foram apenas citados vagamente. Por outro lado, percebeu-se que ler a lista de ingredientes possibilita a compreensão dos componentes e a qualidade do alimento, auxiliando nas escolhas dos produtos, entretanto, o alimento mais saudável é aquele produzido em casa.

A interpretação do rótulo foi difícil tanto para mulheres de baixa como de elevada escolaridade, e pode ser explicado, em parte, pela escolarização entre as mulheres menos escolarizadas, mas principalmente pelo fato do trabalho ter sido realizado em ambiente virtual, onde perceberam-se dificuldades múltiplas: encontrar as informações, ler as informações, problemas de sinal que causaram falhas na comunicação, e a própria falta de rótulos físico. O estudo dos rótulos, foi uma questão complexa, com muitas informações que acredito que seriam mais exitosas se fossem realizadas presencialmente.

8.4 CONHECIMENTOS SOBRE AS DOENÇAS E O TRATAMENTO NUTRICIONAL

A investigação dos conhecimentos após a EAN crítica almejou também verificar o entendimento das mulheres sobre as doenças pré-existentes ou mesmo sobre as alterações bioquímicas que descobriram ao realizar exames laboratoriais ao longo dos encontros. Foram avaliadas questões que relacionavam a alimentação e as suas patologias por meio da questão: “O que você sabe sobre a doença ou alterações dos exames de sangue que possui? O que acontece no corpo se não tratar/cuidar?” e “Quais alimentos são importantes para ajudar a tratar a doença/ alteração? Quais prejudicam?”.

As respostas das questões foram divididas em diferentes blocos. No Quadro 24 é apresentado as respostas da questão sobre o que sabiam sobre as doenças pré-existentes e em que resultaria o não tratamento. A análise das respostas originou quatro categorias. Uma das participantes (Nega) referiu que o não cuidado vai repercutir sobre privações alimentares. No entanto, a maioria delas afirmaram que as patologias vão se agravar ao longo do tempo (Bere, Rosa, Joce, Lúcia), vão repercutir sobre privações alimentares (Nega), que a mudança do quadro de saúde passa pelo cuidado da alimentação (Rose) e que o não cuidado com os

alimentos consumidos e com o corpo leva ao desenvolvimento de doenças crônicas que podem abreviar a vida (Vagalume Aprendiz).

As falas das participantes também revelaram que elas estão conscientes de que o não cuidado ou tratamento das doenças podem agravar ainda mais o estado de saúde (Quadro 24), e de que o não cuidado leva também ao uso de medicamentos (que muitas já faziam uso). Por outro lado, percebem que o uso dos medicamentos sem o cuidado da alimentação também não é efetivo: “não adianta eu tomar, me encher de remédios e não cuidar a alimentação” (Rose).

Uma questão que ficou evidente nas falas foi de que os conhecimentos sobre o agravamento das doenças são oriundos também de experiências de adoecimento de familiares, referida pelas participantes Nega e Rose. Nega comentou que “eu já tive a experiência do meu pai, vou ter muito problema [...] até a perda da visão”. A participante Rose, em falas anteriores, já havia mostrado que teve que aprender a cuidar da alimentação da mãe que era portadora de Alzheimer, diabetes e hipertensão, e que por sua vez, também justifica a sua resposta quando menciona que não adianta só tomar medicação e não cuidar da alimentação: “[...] não adianta eu tomar, me encher de remédios e não cuidar a alimentação”.

Uma das participantes (Vagalume Aprendiz), afirmou no desenvolvimento da sua resposta que a saúde passa por uma questão de cuidado da alimentação e de uma vida ativa, e que, o não cuidado, além do desenvolvimento de doenças sérias, poderá abreviar a sua vida: “se eu não fizer atividade física, se eu não cuidar o que eu como, eu vou desenvolver doenças sérias, que podem virar doenças crônicas e eu posso até a abreviar inclusive a minha vida”.

Quadro 24: Categorização da Questão “O que acontece se não tratar?”

Categoria Inicial	Categoria intermediária	Categoria Final
Bere: Vai acontecer que com o tempo, pode me dar um infarto, um AVC.	Resulta em infarto, AVC.	As doenças se agravam e trazem consequências sérias
Rosa: O colesterol é bem perigoso, tranca as veias e os triglicérides também	É perigoso e traz consequências	
Joce: vai me prejudicar ainda mais. Tentando me cuidar, tentando ver o melhor na alimentação. Fazer as caminhadas.	Vai prejudicar ainda mais a saúde.	
Lúcia: pode dar um problema bem sério, [...] se a pressão sobe muito eu posso ter um AVC, pode dar um infarto.	Vai resultar em problemas bem sérios de saúde.	
Nega: perda da visão [...] a gente vai se privar de tudo, da alimentação muitas coisas tu não vai poder comer	Precisa se privar de muitos alimentos	Resulta em privação
Rose: [...] não adianta eu tomar, me encher de remédios e não cuidar a alimentação	É necessário cuidar da alimentação	A mudança passa pela alimentação
Vagalume Aprendiz: [...] eu posso desenvolver doenças,	Pode desenvolver	

coisas mais sérias [...] diabetes, [...] problemas cardíacos [...] eu vou desenvolver doenças sérias, que podem virar doenças crônicas e eu posso até a abreviar inclusive a minha vida	doenças crônicas que podem abreviar a sua vida	Abreviação da vida
---	--	--------------------

Fonte: a autora

As respostas da questão “O que você sabe sobre a doença ou alterações dos exames de sangue que possui?” estão resumidas e classificadas no Quadro 25. As participantes, de modo geral, referiram que as doenças se agravam ao longo do tempo e geram problemas sérios, entre eles, as doenças cardiovasculares, como a obstrução das artérias, infarto agudo do miocárdio e Acidente Vascular Cerebral (AVC) (Bere, Rosa, Lúcia e Vagalume Aprendiz), relacionados, principalmente, com a hiperlipidemia e a hipertensão arterial. Entre as participantes pré-diabéticas (Nega) ou que estavam com níveis glicêmicos elevados antes do trabalho de EAN crítica (Joce, Lúcia) e diabética (Rose) foi referido apenas uma única complicação específica da doença, a perda da visão (Nega) classificada como doença microvascular.

A abordagem limitada nas respostas das participantes sobre as complicações do diabetes pode ser explicada, em parte, pela complexidade da própria doença, pelo que ela representa, ou seja, uma quantidade elevada de informações por parte da pesquisadora, que pode não ter sido compreendida pelas mulheres. Uma outra hipótese diz respeito à dificuldade de falar sobre a doença, tendo em vista que muitas delas já haviam vivenciado e cuidado de familiares diabéticos (Rose e Nega) e ainda, uma terceira hipótese, que entre as mulheres que reduziram os níveis glicêmicos, classificados em pré-diabetes para um estado de euglicemia ao longo do trabalho de EAN crítica (Joce e Lúcia) a doença, tenha sido ignorada por não haver mais a condição clínica.

O trabalho com o tema das hiperlipidemias e hipertensão (alterações mais prevalentes) possibilitou realizar um trabalho mais aprofundado sobre o desenvolvimento das doenças cardiovasculares. Este foi explicado por meio da construção de um desenho (Figura 3) durante os encontros, enquanto o tema do diabetes foi explicado verbalmente, mas teve a demonstração de imagens de sequelas da doença.

A explicação por meio da construção do desenho da artéria e do desenvolvimento da placa de ateroma e consequente resultado em AVC ou infarto ou, Doença Arterial Periférica (DAP) foi representado nas falas de algumas participantes:

Bere: “vai engrossando o sangue, vai trancando, entupindo as veias tanto da cabeça quanto do corpo”, demonstrando que compreendeu como ocorre o processo.

Rosa: “O colesterol é bem perigoso, tranca as veias e os triglicérides também”

Lúcia: “Bom, eu tenho hipertensão, o colesterol estava elevado e pré-diabetes. O que acontece se eu não me tratar? Ahh, pode dar um problema bem sério, por exemplo a hipertensão, se a pressão sobe muito né? Eu posso ter um AVC, pode dar um infarto e tudo é uma coisa leva a outra, né?”

Quadro 25: Relação de doenças ou consequências citadas pelas participantes.

Categoria Inicial	Categoria Intermediária	Categoria Final
Bere: Dar um infarto, um AVC, vai engrossando o sangue, vai trancando, entupindo as veias tanto da cabeça quanto do corpo.	Infarto agudo do miocárdio, acidente vascular cerebral, doença arterial periférica.	Doença cardiovascular.
Rosa: O colesterol é bem perigoso, tranca as veias e os triglicerídeos também.	Obstrução das artérias.	
Lúcia: [...] eu posso ter um AVC, pode dar um infarto, [...] eu tô tomando medicação....	Acidente vascular cerebral e infarto.	
Vagalume Aprendiz: eu posso desenvolver diabetes [...] problemas cardíacos [...] doenças sérias, que podem virar doenças crônicas.	Diabetes, doenças cardiovasculares.	
Nega: [...] vou ter muito problema na minha vida até a perda da visão [...]	Perda da visão.	Doença microvascular.
Rose: “alguma coisa não está bem [...] se eu não cuidar a alimentação, não adianta eu tomar, me encher de remédios.	É uma descompensação do organismo e leva ao uso de medicamentos.	Uso de medicamentos.
Joce: vai me prejudicar ainda mais. Estou tentando me cuidar, [...] pra mim me livrar de muitos medicamentos na frente.	Vai prejudicar ainda mais e levar ao uso de medicamentos.	

Fonte: a autora

As complicações do diabetes foram trabalhadas entre as participantes pré-diabéticas e diabética, onde foi falado a respeito das complicações da doença a longo prazo. Foi explicado que ela é uma doença silenciosa, cujas consequências ou comorbidades só serão percebidas quando a doença estiver avançada, como a perda da função renal, a perda da acuidade visual ou perda total da visão, perda de membros inferiores por problemas de circulação sanguínea, chamado pé-diabético (Figura 5), desenvolvimento das doenças cardiovasculares, ao lesionar a parede das artérias e facilitar a infiltração dos colesterolis e triglicerídeos, resultando em arteriosclerose e consequente AVE ou AVC (Figura 6).

O trabalho pautado em muitas explicações ou mesmo em exemplos negativos pode ser recebido de diferentes formas por cada pessoa e em alguns casos pode ser considerado um

gatilho ou motivo para realizar mudanças, mas em outros, pode ser recebido com tranquilidade e não gerar nenhum movimento. A demonstração de imagens ou informações negativas fazem parte da chamada coação e podem ser muito efetivos, em especial, quando estamos diante de pessoas resistentes, enquanto exemplos positivos tendem a ser melhor recebidos (ALVARENGA *et al.*, 2019).

Rose, foi a participante com os maiores problemas de saúde. Ela já sabia quais eram as complicações do diabetes por meio da experiência que teve com a mãe, mas não necessariamente porque elas aconteciam. Assim, ela direcionou a sua resposta para outra linha de raciocínio. Na sua fala, Rose mostrou que se faz necessário cuidar da alimentação, e que ela é a chave para controlar a glicemia ou mesmo a hipercolesterolemia e hipertensão: “se eu não cuidar a alimentação, não adianta eu tomar, me encher de remédios”.

Vagalume Aprendiz, no seu processo de reflexão dentro da resposta sobre as complicações do não tratamento ou do não cuidado com a saúde, afirmou que a saúde passa por uma questão de cuidado da alimentação e de uma vida ativa. Assim ela pondera: “eu preciso cuidar o que eu ingiro, [...] eu tava sedentária, não tava caminhando, daí agora voltei a caminhar, então eu me sinto muito melhor, emagreci”.

Os depoimentos das participantes mostraram que elas tinham consciência sobre os riscos ou complicações das doenças pré-existentes, e que muitos conhecimentos vinham de experiências da vida. Ficou evidente que o tratamento passa pelo cuidado da alimentação, e que em alguns casos, a alimentação sozinha não é suficiente para controlar, necessitando concomitantemente o uso de medicamentos. É importante nesse caso lembrar que o conhecimento sozinho ou o acesso à informação em si não é suficiente para gerar mudanças (GALISA *et al.*, 2013), mas sim, o processo de conscientização sobre a importância de mudar e como fazer isso.

O Caderno número 35 do Ministério da Saúde de 2014, intitulado “Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica” recomenda que sejam realizados trabalhos de educação permanente sobre o tema das doenças nos grupos de saúde. Aqui pontuo a importância da capacitação dos profissionais e do processo educativo não depositário de informações apenas. Em determinados momentos, informações, conteúdos ou conceitos são necessários e até mesmo essenciais para o processo de compreensão e tomadas de decisão, todavia, a escolha metodológica e a didática utilizada são essenciais para conduzir as ações educativas, as quais podem ser críticas-problematizadoras, ou não.

Síntese dos resultados a respeito do conhecimento sobre as doenças:

A categorização das respostas referente às consequências do não tratamento, retratam não apenas o aumento da severidade ou evolução da própria doença ao longo do tempo, mas como as doenças se agravam e quais as suas consequências. A severidade ou agravamento das patologias referidas pelas mulheres remetia ao desenvolvimento de aterosclerose, AVC e infarto, principalmente, além de privações alimentares, uso de medicação contínua e abreviação da vida, apontando para a importância de cuidar da alimentação como uma estratégia de controle das doenças.

As mulheres têm consciência sobre os riscos do não tratamento das suas doenças e da necessidade de tratar ou seguir cuidando da saúde, no que se refere à hipertensão e hipercolesterolemia. Entre as participantes pré-diabéticas e diabética a noção sobre o que é doença e como ela pode prejudicar/interferir na saúde ou qualidade de vida, foi mais difícil de elas compreenderem.

O diabetes e suas complicações foi o tema menos referido e pode estar relacionado com a complexidade da própria doença, ou do elevado número de informações transmitidas, alertando aqui para o controle da quantidade de informações, ou seja, para o depósito de informações. O uso de imagens de consequências das doenças que foram demonstrados na abordagem das doenças pode ter sido uma estratégia importante, todavia, o processo de explicação sobre o desenvolvimento das doenças cardiovasculares, mais especificamente do processo de aterosclerose e suas consequências por meio de desenho construído ao longo dos encontros com as participantes, pareceu ser mais efetivo para a compreensão do que o uso das imagens prontas.

8.5 O QUE SABEM SOBRE O TRATAMENTO NUTRICIONAL

Após a EAN crítica, foi também investigado o que as participantes sabiam falar sobre o tratamento nutricional por meio da questão: “Quais alimentos são importantes para ajudar a tratar a doença/alteração? Quais prejudicam?” As respostas da primeira parte da questão resultaram em duas linhas de respostas, que não possibilitaram a classificação em categorias, pois não havia o princípio da homogeneidade (Quadro 26). A grande maioria das participantes responderam que os principais alimentos que ajudam a tratar são os *in natura* e minimamente processados, estando entre eles, a água, frutas, verduras, ovos, carnes, queijos, iogurtes, pão

integral. A resposta mais distinta foi da participante Bere, que respondeu que todos os alimentos podem ser prejudiciais.

Entre outras respostas que se destacaram estiveram as falas da participante Rosa, Vagalume Aprendiz e Nega. Rosa afirmou que “são os mais naturais [...] os que vêm da terra [...] a água também [...] Caminhar, fazer exercícios”. Vagalume Aprendiz referiu ser os alimentos naturais, a comida básica que ela produz em casa e que para além da alimentação, também menciona a importância da atividade física:

[...] ingerir coisas que eu faço em casa, comida básica, ingerir comida básica: nozes, grãos, [...] frutas [...] legumes, [...] um franguinho [...] diminui a carne vermelha, [...]. A minha alimentação é básica. É um feijão que eu mesma tempero, um arroz integral, uma sementinha de girassol que eu coloco lá no arroz, coloco alho, essas coisinhas [...] atividades físicas [...]

A participante Nega, ao passo que responde à questão, exemplificando os alimentos que ajudam, assim como Vagalume Aprendiz, faz o seguinte depoimento

eu tô fazendo que nem tu me ensinou [...] jantar eu faço uma omelete [...] de meio dia tô comendo arroz integral, daí eu faço ou um bifinho ou um frango, [...] uma batata doce, [...] de tarde eu como uma fruta, de manhã eu tomo meu café, [...] tô tomando leite, eu tô comendo queijo [...] iogurte com cereal, coisa que eu não fazia (risos) [...] eu tenho que me cuidar, [...] daqui a pouco eu fico diabética e não posso comer nada mais, [...] aí antes de dormir eu tô comendo sempre uma fruta.

Quadro 26: Síntese das respostas da questão: Quais alimentos são importantes para ajudar a tratar a doença/ alteração? Quais ajudam?

Resposta Inicial	Síntese das respostas
Bere: Todo alimento pode ser prejudicial né?!	Todo alimento pode ser prejudicial.
Rosa: Importante são as mais naturais, eu acho né? mais os que vem da terra, [...] tomar bastante água. [...] Caminhar, fazer exercícios.	Água, alimentos naturais, exercício físico.
Nega: Eu tô fazendo que nem tu me ensinou [...] uma omelete, [...] arroz integral [...] um bifinho ou um frango, [...] uma batata doce, [...] de tarde eu como uma fruta, de manhã eu tomo meu café, [...] tomando leite, [...] queijo [...] iogurte, [...] cereal...	Ovo, arroz integral, batata doce, bife, frutas, leite, cereais integrais, queijo, iogurte,
Rose: Alimentos que me ajudaria na alimentação seria: ovos, frutas.	Frutas e ovos.
Joce: Tu sabe que eu tô com mais verdura, fruta, verdura, fruta, [...] pão de centeio, e tento intermediar a fruta no meio das comidas, às vezes é o domingo que eu como mais outros tipos de comida.	Frutas, verduras, pão de centeio.
Lúcia: [...] verduras, alimentos integrais [...]	Verduras, alimentos integrais.

Vagalume Aprendiz: [...] comida básica [...] nozes, grãos, que eu gosto, aquele meu suquinho de limão de manhã cedo em jejum [...] frutas, legumes, [...] um franguinho de vez em quando assado no forno, [...] feijão, arroz integral, [...] uma sementinha de girassol que eu coloco lá no arroz, coloco alho [...] atividades físicas.	Comida básica, nozes, grãos, suco de limão em jejum, frutas, legumes, frango assado, arroz integral, feijão, temperos naturais.
--	---

Fonte: a autora

A categorização das respostas da segunda parte da pergunta, sobre os alimentos que prejudicariam a saúde ou as condições clínicas pré-existentes (Quadro 27), resultou em duas respostas finais: “Alimentos refinados e gorduras saturadas” e “Gorduras, alimentos refinados, industrializados e ultraprocessados”. Apesar da proximidade das categorias, que poderiam ser agrupadas em uma resposta única ou geral, a menção aos produtos industrializados e ultraprocessados foram um diferencial para criar uma nova categoria.

As respostas indicaram que alimentos naturais podem ser prejudiciais à saúde, como as carnes vermelhas, açúcar, sal, e alimentos à base de farinha branca, como pão, bolo e macarrão. Além desses, foram mencionados os alimentos industrializados, como refrigerantes, biscoitos, embutidos e doces, entretanto, não houve explicações de como ou porque eles eram prejudiciais. Perceberam-se dúvidas em relação às diferenças entre alimentos processados e ultraprocessados, que por vezes eram usados como sinônimo.

Quadro 27: Categorização da questão: Quais alimentos são importantes para ajudar a tratar a doença/alteração? Quais prejudicam?

Categoria Inicial	Categoria Intermediária	Categoria Final
Bere: [...] o que prejudica mesmo é tu comer carne gorda, as massas, pão branco, frituras, isso prejudica muito o meu problema.	Carne gorda, as massas, pão branco, frituras.	Alimentos refinados e gorduras saturadas.
Nega: Que prejudica é o doce né? farinha, massa, eu acho e tudo o que eu gosto né, o bolo, isso aí eu já tô cortando.	Doces (bolo) e alimentos refinados.	
Rose: [...] massa, [...] pães, açúcar.	Doces e alimentos refinados.	
Joce: [...] o refrigerante [...] é o doce né, [...]! Tirando as gorduras também já tá baixando o meu colesterol.	Refrigerante, doces, gorduras.	
Rosa: [...] são os industrializados, muito açúcar, gordura. Que vem da indústria?	Alimentos industrializados, açúcar, gordura.	Gorduras, alimentos refinados, industrializados e ultraprocessados.
Lúcia: [...] a farinha branca, os alimentos mais industrializados, e também os que têm	Alimentos refinados, industrializados (processados), gordura, sal, açúcar.	

mais conservantes, estes prejudicam. Eu acho também a gordura, o sal, o açúcar.		
Vagalume Aprendiz: [...] farinha, bolacha, pão, embutidos, [...] a carne vermelha, [...] farinha branca principalmente.	Farinha, bolacha, pão branco, embutidos, carne vermelha.	

Fonte: a autora

A participante Bere, que possuía hipercolesterolemia e hipertrigliceridemia, citou os doces, os alimentos refinados, as carnes gordas e frituras como alimentos que a prejudicam. Nega, que tem como condição clínica pré-diabetes, citou doces e alimentos refinados. O mesmo ocorreu com as participantes Rose e Joce. Rosa, Lúcia e Vagalume Aprendiz citaram além das gorduras e alimentos refinados, os industrializados e ultraprocessados.

Lúcia, por exemplo, que possuía hipertensão arterial, hipercolesterolemia, hipertrigliceridemia e pré-diabetes, afirmou ser “a farinha branca, os alimentos mais industrializados, e também os que têm mais conservantes”. Subentende-se que a farinha branca e açúcar contribuem para elevar os triglicerídeos e a glicemia, e os alimentos com muito conservante e o sal, contribuem para elevar a pressão arterial e as gorduras, que não foram especificadas (tipo ou exemplos), elevem o colesterol, mas neste caso, não é possível saber se na construção da resposta, ela estaria se reportando a essa lógica, ou aos alimentos que prejudicam de modo geral.

Outra questão que ficou em aberto se deu em relação aos alimentos industrializados, citados por Rosa e Lúcia. Neste caso, não ficou nítido se elas se referem propriamente a esta classe, ou se usaram a palavra como sinônimo de ultraprocessados. Aqui pode haver um fator de confusão, pois as diferenças entre os dois gêneros de alimentos não foram diretamente explicados e detalhadas ao longo dos encontros. Lúcia, nos seus exemplos, aponta que os alimentos industrializados possuem bastante conservantes, entretanto, alimentos industrializados, são alimentos produzidos na indústria, e podem ser tanto os produtos ultraprocessados, como os processados.

O Guia Alimentar para a População Brasileira de 2014 (BRASIL, 2014) é, na atualidade, um dos materiais mais completos e didáticos para trabalhar a divisão dos grupos de alimentos *in natura*, minimamente processados, processados e ultraprocessados. É relevante mencionar que ao longo dos encontros individuais, em especial no trabalho com os rótulos, foram estudados e problematizados os produtos prontos para o consumo que elas tinham em casa, à medida que elas liam a lista de ingredientes (e componentes químicos), em especial, dos nomes

difíceis que elas não sabiam o que era e para o que serviam, como os reguladores de sabor, conservantes, aromatizantes, corantes, bem como outros ingredientes com nomes ‘estranhos’, como açúcar invertido, xarope de glicose.

Dentro do estudo dos rótulos foi também trabalhado as informações mascaradas, ou seja, os nomes e artimanhas feitas pela indústria alimentícia que ocultam informações relevantes sobre componentes do alimento como, por exemplo, o do tipo de gordura utilizado, que de modo geral é hidrogenada e que na lista de ingredientes é denominado de gordura vegetal. Outro ponto diz respeito a informações da embalagem que indicam que o alimento é saudável, ou rico em fibras, ou alguma vitamina, ou seja, que produz uma falsa ideia de saudável, quando, na grande maioria não são.

Em relação ao tema, é relevante ainda mencionar outro ponto que ficou em destaque pela participante Lúcia, que falou da importância da moderação: “tudo é preciso, mas tudo tem que ter uma medida certa, o excesso acaba fazendo mal”. Ou seja, o açúcar, o sal, as gorduras e alimentos industrializados, na concepção da participante, fazem parte da alimentação, mas precisam ser dosados, consumidos em uma quantidade e frequência que não se torne excessiva, pois do contrário, se tornam prejudiciais à saúde.

Síntese dos resultados sobre o tratamento nutricional:

A avaliação sobre o tratamento nutricional mostrou que as mulheres possuem os conhecimentos mínimos sobre os alimentos que favorecem a saúde, bem como dos alimentos ou produtos que podem piorar as suas condições clínicas. Entretanto, na grande maioria, as respostas elaboradas não detalharam quais os alimentos contribuem ou prejudicam a qual questão de saúde.

Os participantes demonstraram ter consciência de que os alimentos *in natura* e minimamente processados são alimentos seguros, que favorecem a saúde e auxiliam no tratamento, mas que, mesmo os alimentos naturais, como sal, açúcar e a gordura natural dos alimentos também podem ser prejudiciais, e devem ser consumidos com moderação. Percebeu-se também que pode não ter ficado bem elucidado as diferenças entre os alimentos industrializados e ultraprocessados, bem como as especificidades dos alimentos em relação às respectivas condições clínicas.

8.6 RESULTADOS ALCANÇADOS COM A EAN CRÍTICA

Após a EAN crítica foram investigados quais dos conhecimentos construídos ao longo dos encontros elas colocaram em prática (ou não), e se sentiram melhoras ou mudanças na alimentação e na saúde por meio das seguintes questões: “De forma resumida, o que você aprendeu e colocou em prática na sua vida com esse trabalho de EAN crítica?”, “Como está a sua alimentação na atualidade? Mudou/melhorou alguma coisa?” e “Você considera que houve melhoras na sua saúde com a participação neste projeto? O que/quais?”

8.6.1 As Mudanças na Alimentação

No Quadro 28 é apresentado a síntese das respostas acerca dos conhecimentos produzidos e colocados em prática ao longo dos encontros. Nos relatos das participantes foi identificado que muitas mudanças foram similares (por serem problemas alimentares e de saúde recorrentes), todavia, algumas mudanças foram bem particulares, pois havia problemas que eram únicos como, por exemplo, o estado de diabetes (Rose) e intestino preso (Joce). Entre as mudanças mais prevalentes e comuns entre as mulheres esteve o aumento do fracionamento das refeições (Nega, Rosa, Joce, Lúcia), o consumo de pão integral (Bere, Rose), a prática de atividade física (Rosa, Vagalume Aprendiz) e a redução ou moderação no consumo de doces (Nega, Rose).

Rose mencionou que aprendeu muitas coisas e tudo o que aprendeu estava tentando colocar em prática (Quadro 29). A participante Rosa, não respondeu diretamente quais foram as mudanças, pois ela já havia respondido anteriormente. Assim, as informações foram elucidadas na pergunta “Você considera que houve melhoras na sua saúde com a participação neste projeto? O que/quais?”. Nessa questão a participante afirmou que passou a comer mais verduras, aumentou o fracionamento das refeições e reduziu o volume de comida nas refeições principais: “A gente come mais essas verduras [...] e a gente come mais vezes por dia e menos, daí né? Primeiro comia só naqueles horários, bastante”.

Entre outras respostas que se destacaram, realço as falas das participantes, Nega, Vagalume Aprendiz e Lúcia.

Nega: “Eu aprendi que a gente tem que mudar o nosso hábito, né? Assim como eu tinha um hábito bem diferente [...] eu fazia tudo errado, [...] eu não me alimentava direito”.³⁰

³⁰ A fala aponta para uma autoavaliação e comparação acerca da alimentação antes e após a participação no programa educativo.

Lúcia: “Eu aprendi a me alimentar melhor e coloquei em prática. Eu introduzi o café da manhã, que eu nunca tomava café da manhã, introduzi o lanche da manhã e o lanche da tarde e também a salada na comida, que eu praticamente não comia salada e isso mudou bastante. E também tô cuidando [...] tanto a quantidade, como também as misturas [...] não é porque tem na mesa, que a gente precisa servir tudo aquilo que tem.”

Vagalume Aprendiz: “depois da tua intervenção, eu fiquei mais consciente ainda da importância da gente saber investigar, ver o que realmente a gente está comendo”.

A primeira (Nega) aponta para um processo de autoanálise e reflexão sobre seus hábitos, e sobre o fato de ter conseguido realizar mudanças. Lúcia, menciona que muitas mudanças foram realizadas ao longo do tempo, algumas delas muito significativas, pois, não eram parte de seu hábito, como a introdução do café da manhã, o consumo de lanches e verduras, para além do cuidado com as quantidades³¹ (princípio da moderação) e “as misturas”, (indica o princípio da harmonia).

Vagalume Aprendiz menciona a importância de investigar e aprender a avaliar os alimentos que entram em sua casa:

Eu aprendi que a pesquisa é a alma do negócio [...] pesquisar a origem sempre, das coisas que eu compro, das coisas que entram dentro da minha casa [...] E os rótulos quando vai comprar alguma coisa no mercado [...] Fazer atividade física, é importante também [...] a gente fica mais consciente do que a gente está ingerindo.

Bere: “eu não tenho o costume de comer comida de sal, mas a gente já tá acostumando”.

Quadro 28: De forma resumida, o que você aprendeu e colocou em prática na sua vida com esse trabalho de EAN crítica?

Resposta inicial	Síntese das respostas
Bere: Eu [...] tomo café da manhã [...] um pão de centeio, uma xícara de café com leite, de meio dia eu almoço, [...] de tarde quase sempre eu como uma fruta, de noite (...) eu não tenho o costume de comer comida de sal, mas a gente já tá acostumando	Introdução de pão de centeio no lugar do branco e fruta no lanche da tarde.
Rosa: [...] é alimentação que nem eu te falei e a caminhada, que agora eu tô fazendo uma caminhada uma vez por dia, [...] mas devagarinho eu tô conseguindo.	Mudanças na alimentação e o exercício físico.
Nega: [...] eu aprendi que a gente tem que mudar o nosso hábito [...] eu não me alimentava direito, [...] eu aprendi [...] que a gente tem que comer nas horas certas, que a gente tem que comer a coisa certa, a comida saudável [...] eu mudei totalmente. Tu come um pedacinho de bolo, só que nada exageradamente [...] tem que ser aquele pedacinho, e deu!	Aprendeu que precisava mudar os seus hábitos, se alimentar nas horas certas e comer comida saudável. Aprendeu a comer com moderação.

³¹ Princípio da quantidade de Pedro Escudero- Em 1937, o médico Argentino Pedro Escudero, criou as Leis da Alimentação que orientava de forma simples o que era necessário para garantir o crescimento, manutenção e desenvolvimento saudável por meio de quatro leis: A lei da quantidade, A Lei da qualidade, a Lei da Harmonia e a Lei da Adequação (LIMA, *et al.*, 2009).

<p>Rose: Eu aprendi muitas coisas e tudo o que eu aprendi eu estou tentando colocar em prática no meu dia a dia. No almoço, no Jantar, no final de semana [...] não é fácil a gente conseguir parar de comer pão. [...] Eu não excluí o pão da nossa mesa, eu agora só tenho pão de centeio, ou pão de sete grãos [...] o refrigerante eu também eu tirei bastante.</p>	<p>Aprendeu muitas coisas e tenta colocar em prática no dia a dia. O que não conseguiu abolir, está reduzindo.</p>
<p>Joce: O que eu aprendi, é a forma de me alimentar mesmo, de manhã [...] comendo uma fruta, ou tomando o meu café com aveia [...]. Eu ficava às vezes doze horas se deixasse, sem comer, só andando só trabalhando e o nosso organismo pede, ele pede água [...] e hoje eu quero cuidar de mim, ter horário, ver o que é bom pra mim.</p>	<p>Aprendeu a forma de se alimentar. Tomar café da manhã, fazer pequenos lanches e tomar mais água.</p>
<p>Lúcia: Eu aprendi a me alimentar melhor e coloquei em prática. Eu introduzi o café da manhã, que eu nunca tomava café da manhã, introduzi o lanche da manhã e o lanche da tarde e também a salada na comida [...]. E também tô cuidando [...] tanto a quantidade, como também as misturas [...]</p>	<p>Aprendeu a se alimentar melhor e colocar em prática: Tenta comer com moderação e sem exageros.</p>
<p>Vagalume Aprendiz Eu aprendi que a pesquisa é a alma do negócio [...] pesquisar a origem sempre, das coisas que eu compro, das coisas que entram dentro da minha casa [...] E os rótulos quando vai comprar alguma coisa no mercado [...] fazer atividade física, é importante também [...] a gente fica mais consciente do que a gente está ingerindo.</p>	<p>Aprendeu a pesquisar e investigar a origem e a composição dos alimentos que compra, além da atividade física.</p>

Fonte: a autora

Por meio dos relatos das mulheres ficou em evidência que muitas mudanças foram realizadas, entretanto, esse processo é difícil e que nem sempre se come o que é o mais saudável ou o mais correto, às vezes se consome também os alimentos tradicionais ou habituais. Uma dessas falas foi da participante Bere, quando afirma: “Eu tenho tentado comprar o pão de centeio, termina um, eu compro outro. Não digo que lá de vez em quando eu dou uma escapada, como um pão branco”. Outro relato nesse sentido foi da participante Rose:

[...] Porque não é fácil a gente conseguir parar de comer pão. [...] Eu não excluí o pão da nossa mesa, eu agora só tenho pão de centeio, ou pão de sete grãos [...] o refrigerante eu também eu tirei bastante. A cerveja eu ainda tô tentando tirar, mas assim, vou diminuindo, diminuindo... tô assim, bem regrada.

No Quadro 29 é apresentada a análise das respostas da questão “Como está a sua alimentação na atualidade? Mudou/melhorou alguma coisa?”. A avaliação dos relatos originou seis distintas categorias: Melhorou, Mudou bastante, Mudou, Mudou drasticamente, Mudou os comportamentos alimentares, Mudou totalmente.

Os relatos mostraram que a maioria delas perceberam ou sentiram mudanças em diferentes sentidos, como: “mudou, claro que mudou”, “mudou bastante”, “mudou

drasticamente”, “mudou da água pro vinho”. Dentro de cada um dos relatos das mudanças ou melhoras percebidas, algumas das participantes referiram que houve mudanças drásticas (Rose), a reformulações da alimentação (Lúcia), mudança de hábitos alimentares (Joce). A participante Bere respondeu que a sua alimentação melhorou em alguns aspectos e Vagalume Aprendiz, mencionou que com o trabalho realizado a sua alimentação ficou mais balanceada, ou seja, teve melhoras.

Entre alguns dos relatos mais significativos se destacaram as falas de Nega, Joce e Lúcia:

Nega: “no início quando tu me perguntou como é que era minha alimentação, a alimentação, era toda errada [...] antes eu tinha que comer à vontade, mas agora eu vi que à vontade tava me fazendo mal”.

Joce: “a diferença do meu hábito [...] eu acho uma diferença em mim nos lugares que eu vou, eu olho, se eu acho que eu não posso comer, eu não como, mas eu substituo por uma outra coisa, entendeu?!”

Lúcia: “Eu reformulei toda a minha maneira, e a minha alimentação, as quantidades, as porções, e os alimentos também. Introduzi alimentos que eu não usava na alimentação e adquirir novos hábitos.

Quadro 29: Como está a sua alimentação na atualidade? Mudou/melhorou alguma coisa?

Categoria Inicial	Categoria Intermediária	Categoria Final
Bere: Sim, melhorou bastante, eu tenho tentado comer [...] mais salada, [...] nessa época agora tem bastante frutas [...] tenho tentado mudar a minha alimentação.	Sim, melhorou bastante.	Melhorou.
Vagalume Aprendiz: A minha alimentação, ela está mais balanceada [...]	A alimentação está mais balanceada.	
Rosa: Mudou, mudou bastante [...] eu tenho que pensar em mim, né? De agora em diante, porque a idade da gente, já tá pegando.	Mudou bastante. É necessário mudar com o envelhecimento	Mudou bastante.
Nega: Mudou, claro que mudou [...] no início quando tu me perguntou como é que era minha alimentação, a alimentação, era toda errada [...] antes eu tinha que comer à vontade, mas agora eu vi que à vontade tava me fazendo mal.	A alimentação era “toda errada”, comia tudo à vontade e estava lhe fazendo mal.	Mudou.
Rose: [...] a minha alimentação mudou drasticamente, onde que procurei, procuro, eliminar o pão (branco), mas é fácil, [...] eu tô aprendendo a comer mais vezes ao dia e em menos quantidades.	Mudou drasticamente, mas mudança não é fácil.	Mudou drasticamente.

Joce: [...] a diferença do meu hábito [...] eu acho uma diferença em mim nos lugares que eu vou, eu olho, se eu acho que eu não posso comer, eu não como, mas eu substituo por uma outra coisa, entendeu?!	Mudança nos hábitos alimentares (comportamento) fora de casa.	Mudou os comportamentos alimentares
Lúcia: [...] mudou totalmente, mudou, da água pro vinho. Eu reformulei toda a minha maneira, e a minha alimentação, as quantidades, as porções, e os alimentos também. Introduzi alimentos que eu não usava na alimentação e adquirir novos hábitos.	Reformulou a minha maneira de se alimentar: quantidades, porções, e os alimentos em si.	Mudou totalmente.

Fonte: a autora

No Quadro 30 é apresentado uma síntese de todas as mudanças na alimentação, referida na questão “Como está a sua alimentação na atualidade? Mudou/melhorou alguma coisa?”. De forma resumida, pode-se afirmar que as mulheres conseguiram realizar diversas mudanças, em especial sobre a quantidade ou volume de alimento consumido, o número de porções, aumento do tempo de mastigação, introdução de novos alimentos na dieta, mudança de comportamento alimentar dentro e fora do ambiente doméstico e leitura dos rótulos.

Quadro 30: Categorização da Questão “Como está a sua alimentação na atualidade? Mudou/melhorou alguma coisa?”

Resposta Inicial	Síntese da resposta
Bere: [...] “eliminei, procuro eliminar o pão, mas não é fácil, então eu acho que mudou muito porque eu tô aprendendo a comer mais vezes ao dia e em menos quantidades”. Aprendeu a comer mais frutas, legumes, aveia, iogurte.	Redução de carboidratos simples, aumento das porções, redução da quantidade, maior consumo de frutas, verduras e fibras e laticínios.
Rosa: “Passei a comer melhor”, comer com mais calma, não correndo, parar e se sentar para comer. Mudei bastante: pão, arroz ³² bastante verdura que eu tô comendo. Tudo com mais coisa natural, coisas assim.	Comer melhor, comer mais com calma, redução de carboidratos simples, aumento de verduras (comida natural).
Nega: Inclusão do café da manhã, inclusão de alimentos integrais, leite e derivados, maior consumo de frutas, menor volume de alimentos no jantar, redução ou restrição de gordura hidrogenada, redução do consumo de carne vermelha, passou a comer mais ovo e retirou o açúcar branco do café	Inclusão do café da manhã, inclusão de alimentos integrais, leite e derivados, maior consumo de frutas, reduziu o volume consumido no jantar, redução de gordura hidrogenada e carne vermelha.
Rose: Procurou eliminar o pão (branco), o que não é fácil, está comendo mais vezes ao dia, menos quantidades, aprendeu a comer mais frutas, legumes, receitas com fibras, mais laticínios	Mudanças drásticas em relação aos alimentos refinados, controle de quantidades, aumento do consumo de FLV, laticínios

³² Substitui o pão e arroz branco por integral

Lúcia: Mudou muito, reformulou a maneira de se alimentar, quantidades, porções, introduziu novos alimentos.	Mudança nas quantidades, porções e introduziu novos alimentos.
Joce: A diferença está no hábito alimentar- comportamento alimentar: nos lugares aonde vai, tenta fazer as melhores escolhas alimentares: toma água ao invés de refrigerante, fruta no lugar de chocolate, opções mais naturais de modo geral	Mudou alguns hábitos, em especial quando se alimenta fora de casa, tentando fazer as melhores escolhas e substituições do que comia tradicionalmente.
Vagalume Aprendiz: A alimentação está mais balanceada, passou a ler os rótulos, cuidar das porções. As pessoas precisam ter acesso à informação e ser conscientizadas	A alimentação está mais balanceada. Investiga a origem dos alimentos e realiza a leitura cuidadosa dos rótulos.

Fonte: a autora

As respostas fornecidas nas duas questões anteriores (De forma resumida, o que você aprendeu e colocou em prática na sua vida com esse trabalho de EAN crítica? e “Como está a sua alimentação na atualidade? Mudou/melhorou alguma coisa?”) forneceram informações complementares sobre as mudanças individuais realizadas por cada uma das mulheres, foram agrupadas e posteriormente sintetizadas no quadro abaixo (Quadro 31).

A análise apontou que cinco participantes (Bere, Nega, Rose, Lúcia, Vagalume Aprendiz) referiram ter reduzido o volume de alimentos consumidos, elevado o número de porções, além de terem introduzido novos alimentos na dieta. Quatro participantes passaram a consumir predominantemente o pão integral no lugar do pão branco (Bere, Rosa, Nega, Lúcia). Seis mulheres elevaram o consumo de FLV e de alimentos integrais (Bere, Nega, Rosa, Rose, Joce, Lúcia), três participantes passaram a comer com mais calma (Rosa, Nega, Vagalume Aprendiz). Houve também menção à redução da carne vermelha (Nega, Vagalume Aprendiz) açúcar e/ou doces (Nega, Joce, Vagalume Aprendiz), e prática de atividade física (Lúcia, Vagalume Aprendiz, Rosa, Joce).

Entre alguns dos relatos das mulheres, destaco a resposta de Joce, em relação à mudança de comportamento alimentar em relação aos doces, que por sinal eram os alimentos mais significativos para ela, os quais ela consumia diariamente. A participante, no início do trabalho, relatou que se ela pudesse, ela comeria doces no lugar dos lanches (o que por vezes ocorria) ou mesmo no lugar de uma refeição principal, como o jantar, onde ela preferia fazer uma vitamina de frutas (porque é doce) ao invés de comer uma refeição salgada.

Quadro 31: Resumo das mudanças nos comportamentos e/ou hábitos ao longo dos seis meses.

	Com- sumo de pão inte- gral	Café da manhã	↑ Fra- cio- na- men- to	↓ v o l u- m e	↓ U L T P	↓ carne verm- e-lha	↓ Açú- car e doces	↑ F L V	Come com mais calma	↑ in- te- gra- is	↑ Ati- vid- ade física	R ó- t- u- l- o
Bere	x		x	x				x		x		
Rosa	x		x	x				x	x	x		
Nega	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Rose	x		x	x	x		x	x		x		
Lú- cia		x	x	x	x			x		x	x	
Joce	*		x	x	x		x	x		x		
Vag. Apre- ndiz	*		x	x		x	x	*	x	*	x	x

Legenda: * já possuía o hábito, ↑ aumentou; ↓ reduziu, Ativ= Atividade. ULP= Ultraprocessados, Vag= Vagalume

Fonte: a autora

A conquista da mudança de comportamento alimentar em relação aos doces, possibilitou mudanças muito significativas, entre elas, a redução dos níveis de glicose, mas também do intestino. No lugar dos doces, passou a incluir frutas. Joce relata: “Foi eu tirar o doce que baixou mais a minha diabetes, que eu já tava com um começo, mas tudo dessas nossas falas, pra mim, o mais importante foi o meu intestino. Quando eu parei de comer os doces, eu melhorei o intestino”.

Os relatos das mulheres também apontaram que fazer as mudanças, não foi uma tarefa fácil, em especial porque os hábitos estão enraizados na cultura, nos costumes, condições de acesso e disponibilidade de alimentos que se tinha na infância. Isso ficou evidente na fala de duas participantes: Rose (portadora de diabetes tipo II e hipercolesterolemia) e Bere, que teve diagnóstico de hipertrigliceridemia e hipercolesterolemia. Rose relatou que é difícil mudar, e que é difícil passar a comer pão integral, pois foi acostumada a comer pão caseiro com a farinha branca: “O pão é um hábito que eu trago há muitos anos: era pão com banha e açúcar, pão com melado e nata, então são várias coisas assim que eu não posso comer”.

A mesma dificuldade em relação à troca do pão também foi relatada por Bere, que sentiu dificuldades em substituir o lanche da noite (pão) por comida de sal, bem como de trocar o tipo de pão:

de noite é um pão com café, [...] eu não tenho o costume de comer comida de sal à noite [...]. Eu tenho tentado comprar o pão de centeio [...]. Não digo que lá de vez em quando eu dou uma escapada, como um pão branco, mas eu tenho tentado fazer isso aí.

Síntese dos resultados sobre as mudanças na alimentação

A investigação acerca das mudanças realizadas na prática, a partir da identificação dos comportamentos individuais que eram prejudiciais à saúde, mostrou que, todas as mulheres conseguiram modificar comportamentos alimentares, todavia, também ficou evidente que a mudança de hábitos e/ou comportamentos “não é fácil”, especialmente quando estes são trazidos da infância e seguem ao longo da vida pois remetem à história, memória e emoções. Podemos perceber esse entrelaçamento na seguinte fala de Bere: “sempre mandando eu comer mais saladas, mais frutas, verduras, mas a gente sempre tá no trivial, a gente se criou daquele jeito e continua quase assim, o que veio da infância a gente continua agora na idade adulta”

8.7 AS MUDANÇAS NA SAÚDE E ESTADO NUTRICIONAL

Os resultados alcançados (ou não) foram avaliados de duas formas: uma qualitativa, por meio de questionamento sobre a percepção das mudanças e melhorias na saúde; e outra por meio da comparação de exames laboratoriais durante o trabalho educativo (nos primeiros meses) e após o trabalho de EAN crítica.

No Quadro 32 podem ser visualizados os principais elementos da fala e a síntese das respostas fornecidas na questão: “Você considera que houve melhoras na sua saúde com a participação neste projeto? O que/quais?”. De modo geral, percebe-se que todas as participantes referiram que sentiram mudanças ou melhoras em aspectos da saúde, ou estado nutricional.

Percebeu-se que quando problemas pessoais (emocionais) acontecem, essa percepção muda, e o foco volta-se para o problema vivenciado, como no caso da participante Bere: “eu notei que eu emagreci um pouco pelo problema dos nervos, a gente vive abalada, então é difícil eu dizer que eu melhorei”.

Entre alguns exemplos, destaco as falas das participantes Rosa, Lúcia, Vagalume Aprendiz.

Rosa (não mencionou o intestino como um problema e nem mesmo a maior disposição): "Ah, eu notei melhoras sim, até nos intestinos, parece que funciona melhor" [...] "a gente tem mais disposição",

Lúcia: "Houve sim [...] uma foi a perda de peso, [...] e outra a qualidade do sono [...] eu me sinto melhor, eu estou bem, me sinto bem. Não refiz os exames [...], mas acredito sim que houve melhora na saúde."

Vagalume Aprendiz: "Houve uma melhora, com certeza. Eu entrei uma pessoa e tô saindo outra. [...] Os meus exames apontavam uma situação ruim e hoje em dia essas coisas, essa situação melhorou. [...]"

Eu me sinto melhor, eu emagreci, eu passei a fazer atividade física, passei a olhar os rótulos dos alimentos, [...] Passei a planejar as coisas que eu vou comprar para comer e se eu não tô segura, eu não compro [...] os sintomas da menopausa diminuíram bastante, eu não tenho mais crise emocional"

Quadro 32: Síntese das respostas da questão: Você considera que houve melhoras na sua saúde com a participação neste projeto? O que/quais?

Resposta inicial	Síntese das respostas
Bere: "eu notei que eu emagreci um pouco pelo problema dos nervos, a gente vive abalada, então é difícil eu dizer que eu melhorei né [...] Não conseguiu praticar as caminhadas ainda."	Emagreceu, pois não estava conseguindo comer direito.
Rosa: "Ah, eu notei melhoras sim, até nos intestinos, parece que funciona melhor" [...] "a gente tem mais disposição", [...] Passou a comer mais verduras e frutas e mais vezes ao dia e em menor quantidade. "Primeiro comia só naqueles horários, bastante".	Melhora do intestino, maior disposição devido algumas mudanças que fez na alimentação.
Nega: [...] eu melhorei bastante [...] eu tô me sentindo uma pessoa bem mais leve, eu não dormia direito [...] me sentia pesada [...] Aqueles calores [...] com todas as mudanças que eu fiz, começaram a terminar [...] "não vou mais voltar a fazer o que eu fazia antes"	Se sente mais leve, o sono está melhor e os sintomas da menopausa também (calorões).
Rose: Eu acredito que houve muitas melhoras [...] eu me reeduquei, aprendi a comer melhor, e não comer tantas besteiras, bobagens, coisas que antes eu achava assim, ah, isso não vai me fazer mal, e fazia [...].	Se "reeducou", aprendeu a comer melhor, reduziu o consumo de ultraprocessados.
Joce: Sim, nossa, houve muita melhora! Houve o entendimento, como eu entendi, [...] "como você se cuidar, como eu me cuido hoje na minha alimentação [...].	Houve um melhor entendimento de como cuidar da alimentação ao longo dos encontros.
Lúcia: Houve sim [...] uma foi a perda de peso, [...] e outra a qualidade do sono [...] eu me sinto melhor, eu estou bem, me sinto bem. Não refiz os exames [...] mas acredito sim que houve melhora na saúde.	Perda de peso, melhora do sono. Se sente melhor, se sente bem.
Vagalume Aprendiz: Houve uma melhora, com certeza. Eu entrei uma pessoa e tô saindo outra. [...] Os meus exames apontavam uma situação ruim e hoje em dia essas coisas, essa situação melhorou. [...] Eu me sinto melhor, eu emagreci, eu passei a fazer atividade	Os exames laboratoriais mudaram, se sente melhor e emagreceu. Os sintomas da menopausa diminuíram através

física, passei a olhar os rótulos dos alimentos, [...] Passei a planejar as coisas que eu vou comprar para comer e se eu não tô segura, eu não compro [...] os sintomas da menopausa diminuíram bastante, eu não tenho mais crise emocional”	da atividade física e alimentação.
--	------------------------------------

Fonte: a autora

Joce destaca a importância de aprender: “Por isso é importante a gente ser orientado, às vezes a gente pensa que sabe tudo e não sabe”. A fala da participante, nesse momento, aponta para a aprendizagem que ocorre ao longo da vida. A participante, por ser formada em biologia, achava que sabia tudo ou quase tudo sobre alimentação, e aprendeu ao longo dos encontros muitas coisas novas. De acordo com Celani e Barros (2016), a educação ao longo da vida (*lifelong education*) é um processo de construção contínua de saberes e aptidões, e também da sua capacidade de julgar, agir e acessar o mundo. Nessa mesma perspectiva, Freire (1996), falava a respeito do inacabamento ou inconclusão do ser humano, onde para ele, se dar conta desse fato, é uma experiência vital.

Outro relato que chamou a atenção, foi da participante Vagalume Aprendiz, que aprofundou a questão sobre as mudanças que sentiu no corpo, na mente e na saúde:

[...] aquele negócio de acordar de noite e chorar, e ficar triste, e ficar para baixo, eu não tenho mais, não sinto mais, tá passando, porque eu estou cuidando a minha alimentação. Estou cuidando, tomando medidas importantes para mim manter a minha saúde, e é esse o caminho não tem outro [...] Eu sou a minha eterna guardiã, eu vou me cuidar, eu que tenho que me cuidar, ninguém precisa me cuidar. Eu tenho que me cuidar, eu posso ir numa festa, posso ir onde que for, eu já estou comprometida comigo mesma. Ter uma alimentação, a partir daqui, regrada, cuidada, com zelo, porque eu quero ter saúde, eu quero envelhecer. Pode a minha cara ficar cheia de rugas, não tem problema, mas eu quero ter saúde, eu quero poder fazer caminhada, andar de bicicleta, correr, fazer o que eu quiser e não sentir dor, não sentir mal-estar.

A percepção sobre possíveis melhoras na saúde pelas demais participantes do estudo apontaram para diversas mudanças, entre as quais, estiveram a melhora de questões solicitadas no primeiro encontro, e também de aspectos que não foram requeridos no início, as quais foram uma consequência das mudanças de comportamento alimentar.

Síntese dos resultados sobre as mudanças na saúde e estado nutricional

O trabalho de EAN crítica resultou em perda de peso (dados não tabelados), tanto discretas (4 kg), como também significativas (perda de 22 Kg). Para além das mudanças da composição corporal, houve também percepções de melhora do corpo, da disposição, melhora

dos parâmetros bioquímicos, melhora da qualidade do sono, redução dos sintomas da menopausa, melhor funcionamento intestinal, capacidade de avaliação do que é bom e do que não é bom para si.

8.8 A ALIMENTAÇÃO NAS DIFERENTES CLASSES E GRAUS ESCOLARES

A avaliação acerca da alimentação realizada por meio da história alimentar, bem como ao longo dos encontros individuais, mostrou que as práticas alimentares das mulheres, independente da classe, têm forte interferência da alimentação da infância, do local onde nasceram e cresceram, bem como do próprio *habitus*.

Fica fortemente visível a questão dos hábitos e *habitus*, da infância, em falas aleatórias em alguns comentários acerca da alimentação ao longo da vida. Uma fala nítida foi da participante Bere, na questão “De onde ou de quais fontes você adquire os seus conhecimentos sobre alimentação na atualidade”. Na qual, ela responde que adquiriu conhecimentos em consultas com nutricionistas, e no seguimento afirma:

“[...] sempre mandando eu comer mais saladas, mais frutas, verduras, mas a gente sempre tá no trivial, a gente se criou daquele jeito e continua quase assim, o que veio da infância a gente continua agora na idade adulta”.

Na questão “De forma resumida, o que você aprendeu e colocou em prática na sua vida com esse trabalho de EAN crítica?” Rose fala dos hábitos ao longo da vida e da dificuldade que há em mudar, pois remete à infância, à alimentação que comia quando morava com os pais, e que a partir do momento que descobre o diabetes, passa a precisar se privar, ou controlar. Ela fala do pão branco caseiro e dos alimentos que acompanham o pão: banha e açúcar ou melado e nata:

"Porque não é fácil a gente conseguir parar de comer pão. O pão é um hábito que eu trago há muitos anos: era pão com banha e açúcar, pão com melado e nata, então são várias coisas assim que eu não posso comer”.

Independente do grau escolar e da classe social, ficou evidente que as mulheres eram responsáveis pela alimentação da família (Bere, Nega, Rosa, Rose, Vagalume Aprendiz) e senão elas próprias, elas tinham ajuda de outra mulher, como a sogra (Lúcia) ou funcionária quando necessário (Joce). A alimentação das mulheres nas diferentes classes mostra que existem também alguns contrastes. Mulheres de mais baixa renda possuem uma menor diversidade alimentar no dia -a- dia, enquanto mulheres com maior renda possuem maior abundância e diversidade:

Bere: “eu como o trivial de todo dia: o arroz, o feijão, carne, uma massa, mandioca, é a minha comida, salada é muito pouco que a gente tem na alimentação”

Rosa: “coisas, que é mais caro a gente quase não compra: atum, requeijão, daí a gente deixa”

Vagalume Aprendiz: “[...] estão incluídas nela, todas as classes de alimentos: todas! [...] frutas, verduras, sementes, arroz, feijão, [...] grão de bico, [...] a gente só usa arroz integral, feijão, uma proteína [...] um fio de azeite de oliva [...]”

Lúcia: “Assim, eu como, carne, eu gosto tanto de peixe, quanto carne de gado, porco [...]”

Ficou explícito que tanto mulheres de baixa renda, quanto de elevada renda se privam de comprar alguns alimentos, entretanto, existe diferenciação dos alimentos ou grupos alimentares. De modo geral, as participantes de mais baixa renda referiram que não se privam de comprar o que gostam ou necessitam, entretanto, por vezes, em casa pode faltar frutas, verduras, legumes:

Bere: Não, e nunca me privei, o que eu gosto de comer eu vou lá no mercado e compro, [...] porque do dinheiro a gente aproveita o que come né?

Bere: “é a salada que a gente sempre deixa de lado, salada a gente deixa de lado”

Rosa: “às vezes alguma fruta pode faltar”

Há também a substituição de marcas “mais superiores” por “marcas inferiores”.

Rose: “tudo subiu muito³³ [...] continuo me privando, não digo assim, todas as coisas, mas alguma coisa ou outra. Aí tu pega uma coisa melhor, aí já pega outra numa qualidade mais inferior.”

Alguns alimentos são literalmente deixados de lado ou substituídos por alimentos diferentes:

Rosa: “essas coisas, que é mais caro a gente quase não compra: atum, requeijão, daí a gente deixa”.

Mulheres de mais elevada renda, têm melhores condições de acesso. A participante Joce, por exemplo, tem acesso ilimitado aos alimentos, e o que não tem, pode comprar em mercados maiores. A privação alimentar com as mulheres de melhor renda ocorre em relação a alguns grupos alimentares mais “seletos”, como por exemplo, a restrição da compra de sementes oleaginosas.

Vagalume Aprendiz: “Ultimamente a questão da semente: [...] nem sempre a gente compra, as vezes a gente se priva por conta que tá caro, [...] a gente prioriza outras coisas: frutas [...] daí a gente se priva um pouco eventualmente a gente, suprime alguma ou outra coisa “

³³ Reflexo da elevada inflação, não reajuste real do salário-mínimo, elevação de impostos, redução do poder de compra.

Ainda no que se refere às classes sociais, ficaram nítidas as diferenças entre os trabalhos/ocupações de cada mulher, suas respectivas rendas, graus escolares e questões de disponibilidade de alimentos, cultura, *hobbies* e acesso a espaços para a prática de atividade física ou mesmo meditação. No que se refere às diferenças relacionadas à escolaridade, pode-se dizer que tanto entre as mulheres mais escolarizadas, como entre as menos escolarizadas, na maioria dos casos, as respostas fornecidas tiveram um grau mais complexo e mais reflexivo de forma geral. Percebeu-se que quando a escolaridade é mais baixa, a resposta fornecida (conceito elaborado) não foi tão complexa no sentido teórico, entretanto, apresentou reflexividade.

Dentro das problematizações sobre as doenças ou alterações bioquímicas de cada uma das participantes, percebeu-se que o diabetes foi o tema mais complexo de ser explicado e compreendido. Nesse caso, a falha pode estar no número alto de informações utilizadas para explicar a fisiopatologia da doença e suas complicações. Não obstante, nesse caso, não foi produzido desenho ou mesmo imagens para explicar a doença, e sim, imagens relacionadas às suas complicações, como pé diabético, cegueira etc. Nesse sentido, é relevante destacar que construções de desenhos, como feito com o caso da hipercolesterolemia e desenvolvimento da aterosclerose (Figura 4) podem melhor auxiliar na explicação de assuntos complexos do que as informações verbalizadas e imagens prontas sobre suas complicações.

No tocante ao estudo dos rótulos, esse foi o tema de mais baixo domínio de entendimento entre todas as participantes e o assunto mais trabalhoso de modo geral. Tal situação se deve, em parte, pelo fato de elas nunca terem tido nenhuma alfabetização sobre eles, no sentido de leitura e interpretação. Em segundo lugar, o fato de que além de ser o primeiro momento de aprendizagem, a modalidade de trabalho era virtual, dificultando demonstrações mais precisas (por não ter acesso ao rótulo físico) e pelo fato das participantes terem dificuldades de encontrar as informações, bem como realizar a leitura, pelo pequeno tamanho das letras. Não obstante, as informações da tabela nutricional foram as mais difíceis, porque exigem um maior domínio da matemática. Entre as sete participantes, apenas uma delas (Vagalume Aprendiz) conseguiu de fato compreender os rótulos em sua total dimensão.

Ainda em relação aos diferentes graus educacionais e o trabalho educativo crítico, pode-se dizer que quem tem um maior grau escolar, apresentou maior reflexividade e maior autoavaliação e reconhecimento das suas “falhas” na alimentação, ou seja, conseguiram melhor autoavaliar os seus problemas nutricionais do que mulheres com menor grau escolar. Mesmo assim, todas conseguiram compreender os assuntos trabalhados e realizar mudanças concretas

na alimentação a partir da problematização das questões alimentares individuais que repercutiram sobre a saúde e estado nutricional (Quadro 31 e 32).

A EAN crítica nas diferentes classes sociais mostrou que existem muitas individualidades e particularidades relacionadas a biografia individual (experiências da infância estão ligadas à classe social), questões de renda (isso é discutido de forma mais diferenciada), questões de escolaridade e seus reflexos na compreensão do mundo da alimentação e devem ser respeitadas e particularizadas. Essas diferenças não impedem a compreensão de um mundo comum, cada uma dentro das suas capacidades de compreensão.

Na EAN crítica, busca-se suscitar dúvidas e produzir as respostas, e não simplesmente levá-las prontas. A EAN crítica deve oportunizar aos sujeitos a oportunidade de falar o que sabem, refletir sobre os seus comportamentos e hábitos alimentares e compreender porque eles são ou não saudáveis e em que implica aqueles comportamentos. Questões como: O que você sabe sobre essa doença? O que você sabe sobre o tratamento? O que você identifica na sua alimentação que pode estar lhe prejudicando ou atrapalhando a perda de peso? Como você considera que está a sua alimentação na atualidade?

8.9 A EDUCAÇÃO ALIMENTAR CRÍTICA EM AMBIENTE VIRTUAL

A partir e ao longo dos encontros, muitos conhecimentos foram produzidos, e pode-se dizer que esse processo de construção se iniciou desde o primeiro encontro, quando as participantes foram convidadas a responderem algumas questões sobre nutrição. Nesse momento, eu as tiro de uma zona de conforto, e, ao invés de levar informações prontas, solicito que elas falem o que sabem sobre alguns temas. Nesse primeiro momento, a maioria das respostas eram genéricas e voltavam-se principalmente para os exemplos que representavam o conceito (mundo concreto).

A partir dos encontros seguintes, os diálogos e problematizações realizadas por meio da investigação da alimentação de cada uma delas (problematização dos recordatórios alimentares de 24 horas) muitos conhecimentos foram sendo fortalecidos e em algumas vezes desmistificados. Ao final do trabalho educativo, percebeu-se evolução das respostas sobre as mesmas questões indagadas no início do trabalho educativo.

Nesse sentido, pode-se dizer que o trabalho educativo promoveu práticas de alfabetização e literacia sobre os temas trabalhados. O conceito de literacia pode ser utilizado em um sentido amplo e em diversos campos do conhecimento e tem como principal premissa

de que o(s) indivíduo(s) é (são) letrado(s) quando tem(têm) o conhecimento sobre um determinado tema e possui(em) a capacidade de aplicar o conhecimento (HUSTON, 2010). Huston (2010) fala do conceito de literacia financeira, que trata da capacidade e confiança do indivíduo em usar o conhecimento financeiro para tomar decisões financeiras. No caso da literacia alimentar, o indivíduo se torna capaz e confiante em usar o conhecimento adquirido e tomar decisões. Freire (1996) falaria em um contexto de autonomia. O sujeito se torna capaz de avaliar as diferentes perspectivas e tomar decisões.

A partir de tais conceitos, pode-se afirmar que as participantes se tornaram letradas, pois se tornaram capazes de aplicar o conhecimento na prática e tomar decisões, gerando cada vez mais autonomia. Essas constatações ficaram visíveis em algumas falas, como a de Nega, Rose, Joce, Lúcia e Vagalume Aprendiz:

Nega: “[...] eu aprendi que a gente tem que mudar o nosso hábito [...]”

Rose: “Eu aprendi muitas coisas e tudo o que eu aprendi eu estou tentando colocar em prática no meu dia a dia”.

Joce: “O que eu aprendi, é a forma de me alimentar mesmo [...]”

Lúcia: “Eu aprendi a me alimentar melhor e coloquei em prática”

Vagalume Aprendiz: “Passei a planejar as coisas que eu vou comprar para comer e se eu não tô segura, eu não compro [...] Eu aprendi que a pesquisa é a alma do negócio [...] pesquisar a origem sempre, das coisas que eu compro, das coisas que entram dentro da minha casa [...] E os rótulos quando vai comprar alguma coisa no mercado [...] a gente fica mais consciente do que a gente está ingerindo.

As falas das participantes mostram que o trabalho educativo possibilitou aprendizagens diversas dentro das realidades individuais. Considerar o grau educacional dos participantes das ações educativas é essencial. Além de considerar e investigar o que eles(elas) já sabem e quais são os temas reais e de interesse comum. Em um trabalho educativo, a intenção não é apenas ensinar ou alfabetizar sobre algum tema, mas sim, possibilitar a literacia e autonomia dos sujeitos.

Após a finalização do trabalho educativo, as participantes foram questionadas a respeito da modalidade dos encontros, ou seja, do trabalho em ambiente virtual. Uma das questões englobou a percepção delas a respeito do trabalho de educação alimentar realizado no formato *on-line*, comparado ao presencial (se por acaso já haviam tido essa experiência), indagando se achavam que se o trabalho tivesse sido presencialmente teria sido mais proveitoso ou teriam

melhor entendimento dos temas (Quadro 33). Na segunda questão indagou-se pontos positivos (Quadro 34) e negativos (Quadro 35) do trabalho virtual.

As respostas acerca das perguntas sobre a modalidade dos encontros, comparando o formato virtual em relação ao presencial, mostrou que as participantes tiveram opiniões divididas. Quatro participantes (Bere, Nega, Lúcia, Vagalume Aprendiz) referiram que “não teria diferença” e as outras duas³⁴ (Rosa e Joce), consideraram que “seria mais proveitoso” se os encontros fossem presenciais. Entre as mulheres que consideraram que o trabalho no formato *on-line* não ficou aquém de um trabalho realizado presencialmente, destaco os relatos das participantes Nega e Lúcia:

Nega: “Eu acho que se fosse presencial o teu trabalho comigo não ia ter mais facilidade de entendimento ou diálogo, porque eu acho que o teu trabalho foi excelente [...] foi bem proveitoso, porque tudo o que a gente conversou sobre alimentação [...] você fez eu entender direitinho, você conseguiu fazer esse trabalho muito bem [...]”

Lúcia: “Eu não acho que se os nossos encontros tivessem sido presencialmente, teria maior entendimento nos diálogos, e maior aproveitamento. Acredito que o fato de ter sido realizado *on-line*, não interferiu no aproveitamento e no entendimento.”

A participante Lúcia, em relação ao trabalho *on-line*, afirmou que para ela foi melhor pois possibilitou a sua participação na pesquisa, além de tudo ela não precisou se deslocar. A participação de Lúcia só foi possível³⁵ por ser no formato virtual e fora do horário comercial:

Quanto ao trabalho online, eu acredito que foi muito bom, muito proveitoso, pelo fato de que, foi melhor, mais fácil, porque a gente aproveitava o horário que estava em casa, não tinha o deslocamento. Isso facilitou, foi um ponto positivo [...] o fato de ter sido *on-line* facilitou bastante.

Quadro 33: Categorização da questão: Comparação e percepções sobre o trabalho de EAN crítica no formato virtual.

Categoria Inicial	Categoria Intermediária	Categoria Final
Bere. Não, eu pra mim me ajudou muito, eu gostei muito [...] Se fosse presencial, ou não, eu achei muito bom. Bom mesmo! Foi uma coisa boa que aconteceu na minha vida esse ano [...]	Se fosse presencial, ou não, achou muito bom. Entendeu tudo o que foi falado.	Não teria diferença

³⁴ A participante Rose não respondeu a essas duas questões finais. Foram realizadas mais de duas tentativas, mas a participante não deu retorno sobre elas. Ela respondeu outras informações, mas não as questões propriamente ditas.

³⁵ Essa mesma situação também se aplica à participante Joce, que sempre participou no turno da noite, após a jornada de trabalho.

Lúcia: Eu não acho que se os nossos encontros tivessem sido presencialmente, teria maior entendimento nos diálogos, e maior aproveitamento.	Não acha que teria melhor aproveitamento.	
Nega: [...] se fosse presencial o teu trabalho comigo não ia ter mais facilidade de entendimento ou diálogo, [...] foi bem proveitoso, [...] você fez eu entender direitinho [...]	Não teria mais facilidade de entendimento, achou proveitoso.	
Vagalume Aprendiz [...] Não acho que eu teria rendido mais ou menos em função de os nossos encontros terem acontecido de forma on-line [...]	Não acha que teria rendido mais ou menos.	
Rosa: Talvez teria sido mais proveitoso, mas foi uma experiência nova e necessária para o momento, foi bom pois consegui ter entendimento do que você passava.	Se fosse presencial, quem sabe seria mais proveitoso, mas entendeu tudo o que foi passado.	Seria mais proveitoso
Joce: Eu achei de um grande aproveitamento, para mim, na minha vida, mas claro que se fosse de perto, presencial, seria bem melhor	Foi muito proveitoso, mas se fosse presencial seria bem melhor.	

Fonte: a autora

A indagação a respeito dos pontos positivos do trabalho educativo mostrou que para duas mulheres (Bere e Nega) o trabalho realizado no formato *on-line* permitiu que elas entendessem tudo. As demais referiram que “foi um formato que possibilitou participar da pesquisa”, conforme demonstrado nas falas seguintes:

Bere: “[...] Eu gostei muito, não tenho pontos negativos, só pontos positivos. [...] Eu entendi tudo o que você me falou, achei muito bom, só pôr em prática...”

Nega: “[...] Eu já tive atendimento presencial, mas eu entendi tudo direitinho [...] o ponto positivo [...] foi quando você me pediu pra eu fazer um exame, e daí eu fiz e apareceu lá a glicose quase alta, apareceu lá pré-diabética. E você fez um trabalho excelente comigo [...]

Vagalume Aprendiz: “A ferramenta que a gente utilizou, permitiu que a gente realizasse um trabalho importante, de uma forma nova, e o novo, ele precisa ser incorporado no nosso trabalho diário. Eu achei maravilhoso [...] as nossas relações são pautadas por uma troca que ela é invisível, e ela permeia as nossas emoções, o sentir, o abraçar, passa por isso: passa por eu te ver, eu trocar impressões, eu tocar a tua aura, é por essas impressões mais sutis, e essa troca é bem fazeja, ela é boa pras’ pessoas afins, então usar essa ferramenta, foi bom, o trabalho aconteceu, porém, ficou faltando essa parte [...]

Joce: “90% [...] eu aprendi, tô colocando em prática, me ajudou, sou muito grata a ti.”

Quadro 34: Categorização da questão: Aspectos positivos sobre a modalidade de encontro na modalidade virtual.

Categoria Inicial	Categoria Intermediária	Categoria Final
Bere: [...] Eu gostei muito, não tenho pontos negativos, só pontos positivos. (...) Eu entendi tudo o que você me falou, achei muito bom, só pôr em prática. Nossos diálogos, não tenho nada do que reclamar.	Entendeu tudo, gostou muito, só precisa pôr em prática.	Entendeu tudo.
Nega: [...] Eu já tive atendimento presencial, mas eu entendi tudo direitinho [...] o ponto positivo [...] foi quando você me pediu pra eu fazer um exame, e daí eu fiz e apareceu lá a glicose quase alta, apareceu lá pré-diabética. E você fez um trabalho excelente comigo	Entendeu tudo, o trabalho realizado foi excelente.	
Rosa: Foi positivo pois tive uma experiência nova, para relacionar com o que tem em casa e ter uma frequência pois em casa facilita organizar os horários.	Foi uma experiência nova e um formato que possibilitou participar	Foi um formato que possibilitou participar da pesquisa
Lúcia: foi melhor, mais fácil, porque a gente aproveitava o horário que estava em casa, não tinha o deslocamento. Isso facilitou, foi um ponto positivo, e outra: foi mais fácil, de se comunicar, eu acredito, [...] eu só tive esse on-line, mas eu acredito que o fato de ter sido on-line facilitou bastante.	A modalidade possibilitou participar do estudo no horário que estava em casa. Se fosse presencial não conseguiria.	
Vagalume Aprendiz: [...] A ferramenta que a gente utilizou, permitiu que a gente realizasse um trabalho importante, de uma forma nova, e o novo, ele precisa ser incorporado no nosso trabalho diário. Eu achei maravilhoso [...] usar essa ferramenta, foi bom, o trabalho aconteceu [...]	Foi realizado um trabalho importante um formato novo, o trabalho aconteceu.	
Joce: Eu achei, assim pra mim, 90%, pontos positivos, eu aprendi, tô colocando em prática, me ajudou, sou muito grata a ti. Honrada por ter tido essa oportunidade, de ter essas aulas contigo.	Foi uma oportunidade muito importante que possibilitou aprendizagens que foram colocadas em prática.	Foi um formato que possibilitou aprendizado

Fonte: a autora

A categorização das questões sobre os pontos negativos sobre a modalidade de trabalho em ambiente virtual (Quadro 35) mostrou que três participantes (Bere, Nega, Lúcia) não tiveram nenhum ponto negativo. Para as demais (Rosa, Joce, Vagalume Aprendiz) o ponto negativo citado foi o fato de não haver contato físico.

As diferentes linhas de respostas mostraram que as mulheres que não encontraram nenhum ponto negativo na modalidade *on-line*, poderia ser explicado pelo fato de que elas tiveram a oportunidade de ter um acompanhamento nutricional periódico (mensal), gratuito e

ao longo de seis meses. Pode-se inferir que independente da modalidade, elas tiveram atenção e assistência sobre a sua saúde e tiveram as suas demandas sanadas, além de terem ficado em segurança, respeitando as normas sanitárias vigentes e necessárias.

Quadro 35: Categorização da questão: Aspectos negativos sobre a modalidade de encontro virtual

Categoria Inicial	Categoria Intermediária	Categoria Final
Bere: [...] Eu gostei muito, não tenho pontos negativos, só pontos positivos.	Não tem pontos negativos.	Não há.
Nega: [...] o ponto negativo não tem pra você, não tem com esse trabalho. Tudo o que você fez comigo todos esses meses, foi muito bom.	Não tem pontos negativos.	
Lúcia: [...] eu não tive nenhum encontro presencial, então não teria como avaliar, [...] foi o primeiro atendimento [...] nutricional [...] o fato de ter sido on-line facilitou bastante.	Não foi mencionado nenhum ponto negativo.	
Rosa: Foi Negativo: não ter se conhecido pessoalmente.	Não ter conhecido presencialmente a pesquisadora.	Não ter contato físico.
Joce: [...] te dizer negativo, pra mim, 10%, nem isso. Só da gente não se encontrar, não se ver pessoalmente, não ter mais o contato físico [...]	Não conhecer presencialmente a pesquisadora, não ter contato físico.	
Vagalume Aprendiz: [...] O único ponto [...] em desabono, [...] dessa ferramenta, é o fato de a gente não se ver, é o fato de a gente não se abraçar [...] eu não acho que tenha pontos negativos [...] mas ela é uma ferramenta 100% segura.	Não ter contato físico.	

Fonte: a autora

As participantes que referiram que o ponto negativo foi a falta de contato físico, mostrou que, apesar de todos os pontos positivos citados por elas próprias e da viabilidade de ter acompanhamento nutricional, ainda assim, o contato físico é muito importante. Vagalume Aprendiz expressou da seguinte forma: “[...] O único ponto, na minha opinião, em desabono, digamos assim, dessa ferramenta, é o fato de a gente não se ver, é o fato de a gente não se abraçar”. Da mesma forma, um relato semelhante ocorre com a participante Joce: “te dizer negativo, pra mim, 10%, nem isso. Só da gente não se encontrar, não se ver pessoalmente, não ter mais o contato físico”

Síntese dos Resultados do Trabalho Educativo em Ambiente Virtual

O trabalho educativo em ambiente virtual foi uma modalidade viável, possível e muito importante durante o período pandêmico. De modo geral, pode-se dizer que o trabalho de educação crítica em ambiente virtual foi desafiador, em muitos momentos, em especial quando a conexão com a internet oscilava e o diálogo não fluía de forma normal ou adequada. Alguns temas foram mais difíceis de serem trabalhados à distância, como os rótulos, e temas mais complexos, que envolveram principalmente a fisiopatologia de doenças. Apesar de a dinâmica dos encontros ser à distância, eles aconteceram de forma síncrona, possibilitando um ambiente de diálogo e, de certa forma, próximo ao presencial.

O trabalho em ambiente virtual e individual, pautado em uma perspectiva crítica, por um lado, mostrou que é possível produzir conhecimentos, reflexões, problematizações e mudanças de comportamentos alimentares, bem como minimizar ou fugir de um trabalho pautado no depósito de informações e dicotomias sobre alimentos “bons ou maus”, certo ou errado, e, ao mesmo tempo, possibilitar compreensões e reflexões sobre porque determinadas escolhas alimentares e comportamentos podem ser positivos/benéficos ao corpo e à saúde, ou podem ser nocivos. O trabalho individual em ambiente virtual possibilitou o atendimento individual e o auxílio ou mesmo resolução de problemas (doenças) e situações particulares, que não seriam atendidos de outra maneira no período de isolamento social.

A partir desse trabalho é possível reconhecer que, não necessariamente precisamos estar presencialmente em um espaço para realizarmos discussões profundas, produzir conhecimentos, reflexões, provocar/aflorar sentimentos. O trabalho em ambiente virtual permite acessar um grande número de pessoas. Ele pode ser replicado em qualquer lugar, possibilitando acesso a informações de saúde para pessoas que estão longe dos grandes centros, sem necessidade de deslocamento, desde que tenham acesso à internet, o que não é ainda uma realidade para todos os brasileiros.

O trabalho individual e à distância, entretanto, também apresenta limites, uma vez que, o contato físico, a interação social e coletiva possibilita a abertura para discussões mais amplas, divergências e convergências de ideias que não são possíveis de forma mais individualizada.

De acordo com Buaes (2011, p.208), o processo de ensino-aprendizagem é um processo vivo, “sustentado pela troca de emoções e afetos em que os envolvidos ensinam e aprendem construindo intenções comuns nas suas interações”. A construção do conhecimento ocorre por meio das interações sociais e ações recíprocas, onde os sujeitos agem colaborativamente.

Conforme a pesquisadora, “a origem das funções mentais superiores estão nas interações sociais” (p. 211), entretanto entre sujeitos equivalentes, “sem domínio de um sobre o outro, já que ambos ensinam e aprendem” (p. 211). Além disso, a autora (*op. cit*) afirma que as relações sociais “são entrecruzadas por emoções e afetos, sendo que o ambiente educativo deve incluir instrumentos e signos como meios medicacionais na formulação colaborativa de novos conceitos” (p. 211).

A participante Vagalume Aprendiz deixou isso evidente quando respondeu à questão sobre a avaliação do trabalho em ambiente virtual:

[...] a ferramenta que a gente utilizou permitiu que a gente realizasse um trabalho importante, de uma forma nova, e o novo, ele precisa ser incorporado no nosso trabalho diário. Eu achei maravilhoso. Não acho que eu teria rendido mais ou menos em função de os nossos encontros terem acontecido de forma on-line. O único ponto, na minha opinião, em desabono [...] é o fato de a gente não se ver [...] não se abraçar [...] as nossas relações são pautadas por uma troca que é invisível, e ela permeia as nossas emoções, o sentir, o abraçar, passa por isso [...] por essas impressões mais sutis, e essa troca é bem fazeja, [...] então usar essa ferramenta, foi bom, o trabalho aconteceu, porém ficou faltando essa parte [...].

O trabalho em grupo, segundo Buaes (2011), pode estimular a participação, contribuir para maior segurança, deixando os participantes mais à vontade, com sentimento de amizade e de proximidade. A autora alerta ainda que esses sentimentos proporcionados pela interação social por meio do grupo, é o oposto “de uma relação nas quais as pessoas estão distantes, em que um sujeito tenta transpor um conhecimento para o outro” (p. 213).

Aqui pontua-se que, ainda que se tenha buscado realizar um trabalho em uma relação de igualdade, baseado em diálogo e problematização e construção de conhecimentos embasados na vida cotidiana e na realidade econômica, social e com base nos conhecimentos prévios de cada participante, esse formato não permitiu interações mais intensas ou mais profundas como em um contexto presencial e coletivo.

Buaes (2011), nesse sentido, afirma que é relevante promover ações pedagógicas que provoquem emoções positivas e do mundo concreto, que reforcem comportamentos, sentimentos e ações positivas, o que nem sempre foi possível no trabalho à distância, em especial, quando os temas envolviam doenças.

A árvore completa o seu primeiro ciclo...

Os frutos crescidos e amadurecidos são colhidos, alguns viram alimento, outros caem na terra, viram substrato e deixam novas sementes, que podem ser colhidas, guardadas, ou mesmo deixadas na terra, livremente. Aqui encerra o primeiro ciclo, dos muitos que virão. Eu olho para a árvore, para os frutos e chego a uma conclusão.

9 CONCLUSÃO

Esta pesquisa objetivou observar as implicações de um processo educativo crítico em EAN na saúde de mulheres adultas maduras e idosas de distintas classes sociais. Dentre as diversas investigações realizadas, conhecimentos e resultados conquistados, destaco nos parágrafos abaixo, algumas considerações finais sobre o mesmo.

Em primeiro lugar, é relevante pontuar que, este estudo foi construído com base em Estudo de Casos, o que possibilita compreender estruturas, no entanto, não é possível generalizar os dados. Isso é especialmente importante nas partes sobre classe social e educação. O que se pode dizer é a respeito destas mulheres, mas não de forma em geral.

O estudo mostrou que a alimentação da infância traz profundas marcas em relação aos gostos, às preferências, mas também a experiência de privações alimentares. A alimentação ao longo da vida, a partir da infância, idade adulta e fase idosa se constroem em cima destas experiências, apontando elementos de continuação (gostos, *habitus*), de adaptação e de ruptura. O estudo apontou que as carências alimentares sofridas na infância promovem a valorização da comida na vida adulta. Assim, mudar comportamentos alimentares, tanto no sentido de incluir novos alimentos, bem como substituir por outros, é algo complexo porque envolve sentimentos e memórias da infância.

A investigação mostrou que entrada na vida adulta, casamento, mudança da estrutura familiar, intensa atividade profissional, saída ou redução de ritmo de trabalho, acentuação do envelhecimento, bem como o surgimento de algumas doenças ou o medo delas, vão modificando alguns hábitos e comportamentos alimentares ao longo das décadas. A pesquisa mostrou que com a chegada do envelhecimento há uma menor tolerância a exageros alimentares, fazendo o corpo sofrer mais com desconfortos gástricos, intestinal e do fígado.

Todas as participantes da pesquisa tinham condições de acesso e disponibilidade de alimentos, sendo que a base da alimentação é a comida básica e feita em casa. Privações alimentares são realizadas tanto entre mulheres com baixa condição econômica, quanto entre as de melhor condição, entretanto, as privações e os grupos alimentares são distintos. Mulheres que detém uma melhor condição socioeconômica tendem a restringir alimentos de grupos mais ‘seletos’, como sementes oleaginosas e leguminosas mais caras, como grão-de-bico. Mulheres com restrição da renda não possuem esses alimentos em suas dietas e privam-se de comprar frutas e/ou verduras e alteram ingredientes de receitas para torná-las mais baratas. O estudo também evidenciou que mulheres que passaram por restrições alimentares na infância tendem

a não se privar de comprar o que gostam, todavia, nem sempre têm em casa todos os alimentos que necessitam.

No que se refere às distinções de classe, percebeu-se uma menor diversidade alimentar entre mulheres com menor renda, o que foi constatado, não apenas na investigação da história alimentar, mas também ao longo da investigação da alimentação atual por meio do R24H. Mulheres de mais elevada renda possuem maiores condições de acesso e podem comprar alimentos mais caros, como peixe, carne magra, sementes, azeite de oliva e frutas mais caras, enquanto mulheres de baixa renda em nenhum momento citaram a compra ou consumo desses alimentos. Mulheres com menor condição socioeconômica apresentaram maior quantidade de alimentos ultraprocessados e prontos para o consumo, como biscoitos, bolachas industrializadas e salgadinhos.

Apesar dessas distinções, observaram-se alguns elementos comuns entre mulheres de baixa e mais alta renda. Um ponto em comum é as mulheres serem responsáveis pela alimentação da família. Percebeu-se também que muitos alimentos são corriqueiros da cultura do interior, ainda que algumas mulheres tenham nascido na cidade, perpetuam hábitos e aprendizados das mães e avós. Outro ponto em comum foram as doenças e alterações bioquímicas que estavam presentes em todas as mulheres, sendo as mais prevalentes a hipertensão, sobrepeso/obesidade, hipercolesterolemia e pré-diabetes.

No que se refere à escolarização, esta pesquisa também mostrou que uma pessoa com educação superior e renda favorável possui maiores oportunidades de acesso à informação e uma melhor condição alimentar. Todavia, ficou também explícito que a mais elevada escolarização e renda, nem sempre é sinônimo de uma alimentação equilibrada, todavia, maior escolarização auxilia mais facilmente na identificação do que está adequado e do que precisa mudar na alimentação (maior capacidade crítica na autoavaliação).

Na avaliação de conhecimentos sobre os temas relacionados à alimentação saudável e não saudável, observou-se que a maioria das mulheres produziram conceitos mais complexos sobre os temas trabalhados após a EAN crítica. Os relatos das mulheres mostraram que a leitura dos rótulos passou a ter importância ao passo que aprenderam a identificar os locais onde as informações se encontravam, em especial, a lista de ingredientes, todavia, as informações da tabela nutricional não foram compreendidas integralmente por todas as mulheres.

O uso de imagens negativas para explicar o agravamento das doenças *versus* a explicação da origem das doenças por meio da utilização de imagens da *internet*, apesar de parecerem ou serem chocantes em uma primeira vista, parece que não foram tão significativas

quanto a explicação do processo de desenvolvimento (origem) das doenças cardiovasculares por meio da construção de desenho. Uma demonstração e explicação simples parece ter sido mais efetiva no trabalho educativo do que o uso das imagens para mostrar as consequências das doenças.

Em relação à modalidade de trabalho em ambiente virtual, constata-se que ele foi relevante pois possibilitou acesso a tratamento e cuidados alimentares em período pandêmico. Simultaneamente, foi uma opção viável e segura em tempos pandêmicos, além disso, mostrou ser possível trabalhar a educação nutricional de forma crítica, mesmo em ambiente virtual. Em alguns casos, foi ou seria a única forma viável para poder participar. O trabalho educativo em ambiente virtual, em alguns momentos, não apresentou nenhuma inferioridade ou dificuldade se fosse ter sido realizado presencialmente, entretanto, em alguns momentos ou para alguns temas em específico, o ambiente presencial seria mais adequado.

O trabalho educativo crítico possibilitou que as mulheres, independentemente do grau escolar, se tornassem capazes de elaborar informações mais complexas a respeito dos temas trabalhados ao longo dos encontros educativos. O trabalho em ambiente virtual foi uma modalidade que possibilitou assistência nutricional, produção de conhecimentos que foram colocados em prática (literacia e *práxis*), por meio de mudanças de comportamentos alimentares, inquirindo em maior autonomia para fazer escolhas alimentares.

Entre os elementos didáticos importantes que foram usadas/desenvolvidas durante este curso pode-se citar: a problematização da alimentação (pontos positivos e pontos a serem modificados, porque era importante modificá-los e quais outras possibilidades elas teriam), problematização das condições clínicas (o que acontece se não normalizar o colesterol, se não cuidar da pressão arterial, etc), o trabalho embasado em metas práticas (compromisso que a pessoa assumia) para realizar na prática cotidiana, a construção de desenhos/imagens, construção de plano alimentar conjunto ou pela própria participante, trabalho prático com os rótulos (leitura e interpretação), aconselhamento nutricional, trabalho prático de contagem de carboidratos com a participante diabética (Rose) usando exemplos de alimentos que faziam parte do seu hábito alimentar, além da adaptação de receitas doces para diabéticos, entre outros.

A busca pelo conhecimento de aspectos biográficos por meio da história alimentar foi importante para compreender os alimentos que faziam parte da cultura alimentar. Em especial os alimentos que fizeram parte da infância ou mesmo aqueles que foram privados na infância, tendem a ser muito significativos e presentes na alimentação ao longo da vida.

Pode-se também citar a abertura para entender a leitura do mundo, da alimentação, da saúde por parte das mulheres por meio das histórias de vida e avaliação dos conhecimentos que tinham acerca das suas doenças ou alterações bioquímicas, bem como da própria alimentação (autoavaliação), e ainda a abordagem sobre "alimentos saudáveis" e "não saudáveis" sem dicotomizar se era bom ou ruim, sim quais os efeitos que eles causam no organismo à medida que são consumidos com frequência.

As mudanças de comportamento alimentar e estilo de vida (fazer atividade física), melhoraram o estado nutricional e a saúde das mulheres em muitos aspectos. No presente estudo resultou em redução de peso, maior disposição/energia no dia a dia, redução do cansaço físico, melhora do sono, dos sintomas da menopausa, melhora do funcionamento intestinal, redução de níveis glicêmicos, colesterol total e suas frações.

O principal ponto negativo do trabalho em ambiente virtual relatado pelas participantes foi a falta de contato físico. No meu ponto de vista, além da falta de contato humano, foi a inviabilidade de realizar um trabalho em grupo (grupo focal), e com dinâmicas e construções coletivas, as quais são relevantes para o processo de aprendizagem. Além disso, houve algumas limitações em alguns diálogos quando e se o sinal da internet oscilava. A parte da leitura e interpretação dos rótulos foi muito difícil e limitada por não estar no mesmo ambiente físico.

Por fim, realço a importância de um acompanhamento por mais tempo para avaliar as mudanças a longo prazo, para avaliar não apenas o conhecimento que permaneceu, mas também o que mantiveram das mudanças de comportamento e estilo de vida. Destaco ainda que, independentemente do grau escolar e classe social, conseguiu-se a saída da dicotomia alimento bom – alimento mal (educação midiática, discursos, também da própria ciência da nutrição), para uma compreensão melhor dos efeitos no corpo (perspectiva freiriana), literacia, maior capacidade para avaliar se o que pretendem comprar, produzir e consumir é bom ou não para o organismo, considerando as doenças e problemas de saúde individual.

Destaco que EAN crítica implica na capacidade de não trazer respostas e temas prontos, mas antes de tudo, questionar e provocar um movimento de a pessoa pensar e trazer as respostas. No momento em que a pessoa avalia que não tem capacidade para responder, ou sua resposta é ingênua, as respostas devem ser compreendidas (independente do grau escolar) e devem suscitar reflexões e capacidade de conclusão por parte dos participantes.

Fase de compartilhar as sementes

Sementes guardadas não germinam. Elas precisam ser espalhadas em diversos lugares. Conhecimentos produzidos, precisam ser compartilhados. Agora é o tempo de falar sobre os achados dessas pesquisas em espaços abertos, utilizar os conhecimentos na prática de atuação profissional e bem como falar da pesquisa em espaços diversos e por meio de diversos meios.

REFERÊNCIAS

- ABRAHÃO, Ana Lúcia; FREITAS, Carla Sueli Fernandes de. Modos de cuidar em saúde pública: o trabalho grupal na rede básica de saúde. *Revista Enfermagem UERJ*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, p. 436-441, jul./set. 2009
- AGÊNCIA DE NOTÍCIAS IBGE. Número de idosos cresce 18% em 5 anos e ultrapassa 30 milhões em 2017. *Reportagem de 26 de Abril de 2018*. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-denoticias/noticias/20980-numero-de-idosos-cresce-18-em-5-anos-e-ultrapassa-30-milhoes-em-2017>. Acesso em: 20 de agosto de 2018.
- AGÊNCIA DE NOTÍCIAS IBGE. A extrema pobreza atinge 13,5 milhões de pessoas e chega ao maior nível em 7 anos. Reportagem de 06 de novembro de 2019. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-denoticias/noticias/25882-extrema-pobreza-atinge-13-5-milhoes-de-pessoas-e-chega-ao-maior-nivel-em-7-anos>. Acesso em: 22 maio de 2020.
- ALMEIDA, Gêssica Mercia de; RECINE, Elisabetta; FAGUNDES, Andhressa. Objectives and Competencies in Food and Nutrition Education in the Brazilian Undergraduate Nutrition Program. *Journal Nutrition Education and Behavior*, v. 52, n. 4, p.385-393 2019
- ALVARENGA, Marle. *Nutrição comportamental*. 2a ed. Editora Manole, 2019.
- ALVAREZ, Tatiana Souza; ZANELLA, Maria Teresa. Impacto de dois programas de educação nutricional sobre o risco cardiovascular em pacientes hipertensos e com excesso de peso. *Revista de Nutrição*, Campinas, v. 22, n.1, p.71-79, jan./fev., 2009.
- AMAYA-HERNÁNDEZ, Adriana et al. Role of peer influence and thin-ideal internalization on body dissatisfaction and disordered eating in mexican girls. *Revista colombiana de psicología*, v. 21, n. 2 jul-Dec, 2012.
- ANDREOLA, Balduino A. O Processo do Conhecimento em Paulo Freire. *Educação e Realidade*, v.18, n. 1, p. 32-45, jan-jul/1993.
- APPLE, Michael W; AU, Wayne; GANDIN, Luís Armando. *O mapeamento da Educação Crítica*. In: APPLE, Michael W., AU, Wayne, GANDIN, Luís Armando. *Educação Crítica: Análise Internacional*. Capítulo 1. Porto Alegre: Artmed, 2011.
- AU, Wayne. Lutando com o texto: contextualizar e recontextualizar a pedagogia crítica de Freire. In: APPLE, Michael W., AU, Wayne, GANDIN, Luís Armando. *Educação Crítica: Análise Internacional*. Cap. 16. Porto Alegre: Artmed, 2011.
- AU, Wayne. Lutando com o texto: contextualizar e recontextualizar a pedagogia crítica de Freire. In: APPLE, Michael W; AU, Wayne; GANDIN, Luís A. *Educação crítica: análise internacional*. Porto Alegre: Artmed, 2011.
- BALASSIANO, Moisés; SEABRA, Alexandre Alves de; LEMOS, Ana Heloisa. Escolaridade, salários e empregabilidade: tem razão a teoria do capital humano? *Revista de Administração Contemporânea*, Curitiba, v. 9, n. 4, p. 31-52, Dec. 2005.

- BALTES, Paul B; SMITH, Jacqui. *Novas fronteiras para o futuro do envelhecimento*. (Tradução: Anita Liberalesso Neri). São Paulo, SESC-SP, v. 17, nº 36, p.7-31, jun. 2006.
- BANN, David et al. *Socioeconomic Inequalities in Body Mass Index across Adulthood: Coordinated Analyses of Individual Participant Data from Three British Birth Cohort Studies Initiated in 1946, 1958 and 1970*. PLOS medicine, p.1-20, 2017.
- BARRETO, Mauricio Lima. Desigualdades em Saúde: uma perspectiva global. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 22, n. 7, p. 2097-2108, 2017.
- BARROS, Carlos Alberto M. A construção de uma identidade para o adulto maduro a partir da subjetividade do imaginário social. *Vínculo – Revista do NESME*, v. 1, n. 6, p. 01-111, 2009.
- BASTOS, Tássia Fraga. *Diferenciais de saúde entre homens e mulheres: estudo de base populacional no município de Campinas, São Paulo*. Tese de doutorado. Universidade Estadual de Campinas, 2016.
- BEAUVOIR, Simone. *A velhice: realidade incômoda*, 2a ed. Difel: São Paulo, 1976.
- BELIK, Walter (Organizador). Um retrato do sistema alimentar brasileiro e suas contradições Instituto de Manejo e Certificação Florestal e Agrícola - Imaflo. Outubro, p. 1-35. 2020. Disponível em: https://www.ibirapitanga.org.br/wp-content/uploads/2020/10/UmRetratoSistemaAlimentarBrasileiro_%C6%92_14.10.2020.pdf. Acesso em: 10 dez de 2021.
- BENDINO, Nívea Izidoro; POPOLIM, Welliton Donizeti; OLIVEIRA, Célia Regina de Ávila. Avaliação do conhecimento e dificuldades de consumidores frequentadores de supermercado convencional em relação à rotulagem de alimentos e informação nutricional. *J Health Sci Inst*, v. 30, n. 3, p. 261-5, 2012.
- BEZERRA, Mariana Silva et al. Insegurança alimentar e nutricional no brasil e sua correlação com indicadores de vulnerabilidade. *Ciência & Saúde Coletiva*, fev, 2019.
- BIANCONI, Maria Lúcia; CARUSO, Francisco. Educação não formal. *Ciência e Cultura*. São Paulo, v. 57, n. 4, p. 20 dez. 2005.
- BIASUS, Felipe. Reflexões sobre o envelhecimento humano: aspectos psicológicos e relacionamento familiar. *Perspectiva*, Erechim. v. 40, n.152, p. 55-63, dez, 2016.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 162 p.: il. (Cadernos de Atenção Básica, n. 35).
- _____. _____. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização. 2013.
- _____. _____. Política Nacional de Promoção da Saúde - PNaPS: revisão da Portaria MS/GM nº 687, de 30 de março de 2006. Brasília: Ministério da Saúde; 2014.

_____. _____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Política Nacional de Alimentação e Nutrição* (PNAN). 2ª ed. rev. Brasília: 2003.

_____. _____. Secretaria-Executiva. Glossário temático: alimentação e nutrição / Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Secretaria de Atenção à Saúde. – 2. ed., 2. reimpr. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

_____. _____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Guia alimentar para a população brasileira / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – 2. ed., 1. reimpr. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 156 p. : il.

_____. _____. Portaria GM n. 648, de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

_____. _____. *Secretaria de Atenção à Saúde*. Departamento de Atenção Básica. Instrutivo PSE. Brasília: Ministério da Saúde; 2011.

_____. _____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação-Geral de Alimentação e Nutrição. *Informe situacional sobre os programas de alimentação e nutrição e de promoção da saúde na atenção básica*, 2017. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/Informe_Situacional_Geral.pdf. Acesso em: 06 ago 2019.

_____. _____. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. *VIGITEL Brasil 2017: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico*. Brasília: Ministério da Saúde, 2018.

_____. _____. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. *VIGITEL Brasil 2019: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico*. Brasília: Ministério da Saúde, 2020.

_____. _____. *Diretrizes e Recomendações para o cuidado integral de doenças crônicas não-transmissíveis: Promoção da Saúde, Vigilância, Prevenção e Assistência*. Brasília, 2008, 72 p.

_____. _____. *Política Nacional de Alimentação e Nutrição*/ Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. 1. ed., 1. reimpr. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

_____. _____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Manual instrutivo para as equipes de Atenção Básica e NASF. *Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ)– Terceiro ciclo – (2015-2017)*

_____. _____. *Protocolos da Atenção Básica: Saúde das Mulheres* / Ministério da Saúde, Instituto SÍrio-Libanês de Ensino e Pesquisa – Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

_____. Ministério do Desenvolvimento Social– MDS. Secretaria Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional – SESAN. *Princípios e Práticas para Educação Alimentar e Nutricional*. Coordenação Élide Bonomo – Conselho Federal de Nutricionistas. Brasília/DF, 2018. Disponível em: http://www.cfn.org.br/wp-content/uploads/2018/08/CADERNO_EAN_semmarca.pdf

_____. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Marco de referência de educação alimentar e nutricional para as políticas públicas. – Brasília, DF: MDS; Secretaria Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional, 2012. Disponível em: https://www.cfn.org.br/wp-content/uploads/2017/03/marco_EAN.pdf. Acesso em: 02 de jan. 2023.

_____. Agência Nacional de Saúde Suplementar (Brasil). *Manual técnico de promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças na saúde suplementar / Agência Nacional de Saúde Suplementar (Brasil)*. – 3. ed. rev. e atual. – Rio de Janeiro: ANS, 2009, 244 p.

_____. Conselho Nacional de Saúde. *Resolução nº 196, de 10 de outubro de 1996*. Aprova normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília: Diário Oficial da União, 1996.

_____. *Política de educação e desenvolvimento para o SUS: caminhos para a educação permanente em saúde: pólos de educação permanente em saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Decreto nº 6.286, de 5 de dezembro de 2007. Institui o Programa Saúde na Escola - PSE, e dá outras providências. Diário Oficial da União 2007; 6 dez.

BRASIL. Portaria Interministerial nº 1.010, de 8 de maio de 2006. Diário Oficial da União 2006; 9 mai.

BRASIL. Decreto nº 7.272, de 25 de agosto de 2010. Diário Oficial da União, 2010; 26 ago.

BRANDÃO, Aline Ferreira et al. Educação em saúde através da educação nutricional. *Vitalle*, Rio Grande, v.21, n.2, p. 11-17, 2009.

BRANDÃO, Carlos Rodrigues (Org.). *Repensando a pesquisa participante*. 3. ed., 1. reimp. São Paulo: Brasiliense, p.51-81, 1999.

BRAVEMAN, Paula; GOTTLIEB, Laura. The Social Determinants of Health: It's Time to Consider the Causes of the Causes. *Public Health Rep*; v. 129(Supl. 2), p. 19-31, 2014.

BEZERRA, Aída; BRANDÃO, Carlos Rodrigues. (Org.). *A questão política da educação popular*. São Paulo: Brasiliense, 1980.

BOOG, Maria Cristina Faber. Educação nutricional em serviços públicos de saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, v.15, sup.2, 1999.

_____. Educação nutricional: passado, presente, futuro. *Nutrição*. PUCCAMP, Campinas, v.10, n.1, p. 5-19, jan./jun., 1997.

_____. *Educação em nutrição: integrando experiências*. 1 ed., Campinas: Komedi Editora, 2013. 268 p.

_____. Contribuições da educação nutricional à construção da segurança alimentar. *Saúde em Revista*, v. 6, n.13, p. 17-23, 2004.

BORSATO, Mariângela Pelegrini; POLL, Fabiana Assmann. *Hábitos alimentares, estilo de vida e estado nutricional relacionados aos níveis séricos da lipoproteína de alta densidade lipoproteína de alta densidade e fatores relacionados*. EDUNISC, Santa Cruz do Sul, 2015. Disponível em: http://unisc.br/editora/ebook_nutricao.pdf. Acesso em: 23 mai 2018.

BORGES, Camila Dellatorre; SANTOS, Manoel Antônio dos. Aplicações da técnica do grupo focal: fundamentos metodológicos, potencialidades e limites. *Revista da SPAGESP - Sociedade de Psicoterapias Analíticas Grupais do Estado de São Paulo*. Jan.-Jun. 2005, v. 6, n. 1, pp. 74-80.

BOURDIEU, Pierre. A gênese dos conceitos de habitus e de campo. In: *O poder simbólico*. 5. ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2002. p.59-73.

_____. *A distinção: crítica social do julgamento*. São Paulo: Edusp; Porto Alegre, RS: Zouk, 2007.

_____. *Razões práticas: sobre a teoria da ação*. São Paulo: Papyrus, 1996.

BUAES, Caroline Stumpf. *Sobre a construção de conhecimentos: uma experiência de educação financeira com mulheres idosas em um contexto popular*. Tese de Doutorado. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto-Alegre-RS, 2011.

BUSS, Paulo Marchiori; PELLEGRINI FILHO, Alberto. A Saúde e seus Determinantes Sociais. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1. P. 77-93, 2007.

CAMARANO, Ana Amélia. *Mulher idosa: suporte familiar ou agente de mudança?* Estudos Avançados, v. 17, n. 49, p. 35-53, 2003.

CANESQUI, Ana Maria; GARCIA, Rosa Wanda Diez. Uma introdução à reflexão sobre a abordagem sociocultural da alimentação. In: CANESQUI, Ana Maria; GARCIA, Rosa DIEZ DIEZ, Wanda. *Antropologia e nutrição: um diálogo possível*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, Cap. 2. 2005. 306 p.

CAVALCANTI, Christiane Leite et al. Envelhecimento e Obesidade: um Grande Desafio no Século XXI. *Revista Brasileira de Ciências da Saúde*, v. 14, n. 2.pg. 87-92, 2010.

CARDOZO, Messias Araujo. O conceito de classe social: As contribuições de Marx e Thompson. *Revista Piauiense de História Social e do Trabalho*. Ano III, n. 04. Janeiro-Julho de 2017.

CARVALHO, Samantha Dalbosco Lins et al. Qualidade da dieta segundo a autoavaliação de adolescentes: resultados do ISACamp-Nutri. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 25, n. 11, p. 4451-4461, 2020.

CAVENAGHI, Suzana. *Mulheres chefes de família no Brasil: avanços e desafios/ Suzana Cavenaghi; José Eustáquio Diniz Alves*. -- Rio de Janeiro :ENS-CPES, 2018. 120 p.

CAREGNATO, Rita Catalina Aquino; MUTTI, Regina. Pesquisa qualitativa: análise de discurso versus análise de conteúdo. Contexto *Enfermagem*, Florianópolis, Out-Dez; v. 15, n. 4, p. 679-84, 2006.

CASTRO, Ana Elisa Marques. *Programa de estimulação cognitiva em idosos institucionalizados*. Dissertação de Mestrado da Universidade de Aveiro, 1-74, 2011.

CELANI, Maria Antonieta Alba; BARROS, Ariane Ferreira. Educação ao longo da vida: um caminho possível para desatar os nós da atuação docente. *The ESPECIALIST*. São Paulo, v. 37, n.2, p. 43-55, dez, 2016.

CERVATO, Ana Maria et al. Educação nutricional para adultos e idosos: uma experiência positiva na Universidade Aberta para a Terceira Idade. *Revista de Nutrição*. Campinas, v. 18, n. 1, p.41-52, jan./fev. 2005.

CHAIMOWICZ, Flávio; CAMARGOS, Mirela Castro Santos. Envelhecimento e Saúde no Brasil. In: FREITAS, Elizabete Viana et al. *Tratado de geriatria e gerontologia*. 3.ed. - [Reimpr.]. - Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2013.

CONTE, Francieli Aline. Efeitos do consumo de aditivos químicos alimentares na saúde humana. *Revista Espaço Acadêmico*, v. 16 n. 181, junho de 2016.

CONTE, Francieli Aline; CONTE, Isaura Isabel; DOLL, Johannes. Mulheres de baixa renda e alimentos: entre o hábito alimentar e ter para comer. *Revista Cocar*, v.14, n.28 Jan./Abr./2020 p.359-377.

CONTE, Francieli Aline; DOLL, Johannes. Problematização das metodologias na educação alimentar e nutricional: registros entre 2009 a 2019. *Revista Espaço do Currículo*. João Pessoa, v. 14, n. Especial, p.1- 15, dezembro, 2021.

CONSENSO NACIONAL SOBRE MENOPAUSA. Sociedade Portuguesa de Ginecologia-SPG, 2016, p. 1-174. Disponível em: https://www.spgginecologia.pt/uploads/Consenso_Menopausa_2016.pdf. Acesso em: 29 de janeiro de 2019.

CORREIA, Carla Maria Godinho Gomes da Silva. *O apoio social e a qualidade de vida dos idosos do concelho de Faro*. Dissertação de Mestrado da Universidade de Ciências Humanas e Sociais do Algarve, 2009.

CRYSTAL, Stephen. Dynamics of Inequality at the End of Life: Modeling Health Interaction Disparities, Economic Resources and Public Policies. In: BAARS, Bars et al. *Aging, globalization, and inequality: the new critical gerontology*, 2017.

CRUZ, Pedro José Santos Carneiro; MELO NETO, José Francisco. Educação popular e nutrição social: considerações teóricas sobre um diálogo possível. *Interface*, v. 18 Supl 2, p. 1365-1376, 2014.

CUPPARI, Lilian. *Guia de nutrição clínica no adulto*. Guia de medicina ambulatorial e hospitalar. 2. ed. Barueri: Manole, 2005.

DANNEFER, Dale. Aging as intracohort differentiation: Accentuation, the Matthew effect, and the life course. *Sociological Forum*, v. 2, p. 211 – 236, 1987.

_____. Cumulative advantage/disadvantage and the life course: Cross-fertilizing age and the social science theory. *Journal of Gerontology: Social Sciences*, v.58, S327 – S337, 2003.

DESCRITORES EM CIÊNCIAS DA SAÚDE (DeCS). Disponível em: <https://decs.bvsalud.org/>. Acesso em 11 de janeiro de 2022.

DOLL, Johannes. A Educação no Processo de Envelhecimento. In: FREITAS, Elisabete; V; PY, Lígia. *Tratado de Geriatria e Gerontologia*. 5. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2022.

ESCOTT-STUMP, L. Kathleen, MAHAN, Sylvia. Krause - *Alimentos, Nutrição e Dietoterapia*. Elsevier; 12ª edição, 2013.

FARIA, Adriana Ancona de; SILVA, Roberto Baptista Dias da. Direito à alimentação, transferência de renda e progressividade: o caso do programa bolsa família no Brasil. *Revista Jurídica da Presidência Brasília*, v. 18, n. 114, p. 145-168, fev./maio, 2016.

FERRARO Kenneth F; SHIPPEE, Tetyana Pylypiv. Aging and Cumulative Inequality: How Does Inequality Get Under the Skin? *The Gerontologist*, v. 49, n. 3, p. 333–343, abril, 2009.

FERRARO Kenneth F; SHIPPEE, Tetyana Pylypiv; SCHAFER, Markus H. Cumulative inequality theory for research on aging and the life course. In: BENGTSON, Vern L; M. Silverstein, N. M. Putney; D. Gans (Eds.), *Handbook of theories of aging*. New York: Springer, 2009.

FERRER, Maritza Estrella Prego. *Hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus: plano de intervenção para modificar hábitos alimentares*. Universidade Federal de Minas Gerais. Faculdade de Medicina. Núcleo de Educação em Saúde Coletiva. Vermelho Novo, 2016. 40f.

FERREIRA, Regicely Aline Brandão; BENICIO, Maria Helena D'Aquino. A. Obesidade em mulheres brasileiras: associação com paridade e nível socioeconômico. *Revista Panamericana de Salud Pública*, v.37, n.4/5, p.337–342, 2015.

FERREIRA, Eduardo Vinicius et al. Plasticidade neural em indivíduos da terceira idade. *Arquivos do MUDI*, v. 23, n. 3, p. 120-129, 2019.

FONSECA, João José Saraiva. Metodologia da pesquisa científica. Fortaleza, UEC, 2002. Apostila. Disponível em: <http://www.ia.ufrj.br/ppgea/conteudo/conteudo-2012-1/1SF/Sandra/apostilaMetodologia.pdf>. Acesso em: 22 ago 2020.

FRANCO, Ana Carolina; BOOG, Maria Cristina F. Relação teoria-prática no ensino de educação nutricional. *Revista de Nutrição*, v. 20, n. 6, p. 643-655, 2007.

FRIEDRICH, Mariola; GOLUCH-KONIUSZY, Zuzanna. The effectiveness of nutritional education among women aged 60-85 on the basis of anthropometric parameters and lipid profiles. *Roczniki Państwowego Zakładu Higieny*, v. 68, n. 3, p. 253-260, 2017.

FRANCISCO, Priscila Maria Stolses Bergamo et al. Prevalência simultânea de hipertensão e diabetes em idosos brasileiros: desigualdades individuais e contextuais. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 11, p. 3829-3840, nov. 2018.

FLEURY-TEIXEIRA, Paulo; BRONZO, Carla. Determinação social da saúde e política. In: Nogueira, Roberto Passos (Organizador). *Determinação Social da Saúde e Reforma Sanitária*. Cap. 2. Rio de Janeiro: Cebes, 2010, p. 40.

FREIRE, Nita. *Contribuições de Paulo Freire para a pedagogia crítica: "educação emancipatória: a influência de Paulo Freire na cidadania global" ou "a influência de Paulo Freire na educação para a autonomia e a libertação"*. *Teoría de la Educación. Educación y Cultura en la Sociedad de la Información*, v. 10, n.3, nov, 2009, p. 141-158.

FREIRE, Paulo. *Pedagogia do Oprimido*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1987.

_____. *A importância do ato de ler: em três artigos que se completam* / Paulo Freire. São Paulo: Autores Associados: Cortez, 1989.

_____. *Educação e Mudança*. 11. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1983

_____. *Educação como prática da liberdade*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1967.

_____. *Pedagogia da esperança: um reencontro com a pedagogia do oprimido*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1997.

_____. *Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa*. São Paulo: Paz e Terra, 1996.

FREIRE, Paulo. Criando métodos de pesquisa alternativa: aprendendo a fazê-la melhor através da ação. In: BRANDÃO, Carlos Rodrigues (Org.). *Pesquisa participante*. São Paulo: Brasiliense, 1984. p. 34-41.

FREITAS, Elizabete Viana de, et al. Transição Menopausal. In: *Tratado de geriatria e gerontologia* / Elizabete Viana de Freitas et al. - 3.ed. - [Reimpr]. - Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, cap. 69, 2013. p. 1143.

GADOTTI, Moacir. Cruzando Fronteiras. In: *Lições de Freire: Três textos que se completam*. 2 ed. Cadernos do Instituto Paulo Freire, São Paulo, IPF, 2019.

_____. Los aportes de Paulo Freire a la pedagogía crítica. *Revista Educación*, v. 26, n. 2, p. 51- 60, 2002

GAJARDO, M. Pesquisa participante: propostas e projetos. In: BRANDÃO, Carlos Rodrigues (org.) *Repensando a pesquisa participante*. 3.ed., 1.reimp. São Paulo: Brasiliense, 1999. p. 15-50.

GIROUX, Henry. *Cruzando as fronteiras do discurso educacional: novas políticas em educação*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1999.

GIROUX, Henry A.; SIMON, Roger. Cultura popular e pedagogia crítica: vida cotidiana como base para o conhecimento curricular. In: MOREIRA, Antonio Flávio; SILVA, Tomaz Tadeu (org.). *Currículo, Cultura e Sociedade*. São Paulo: Cortez, 2008. p. 93-124.

_____. *Pedagogía y política de la esperanza*. Teoría, cultura y enseñanza. Buenos Aires: Editorial Amorrortu, 2003.

GIROUX, Henry. *Os professores como intelectuais*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.

_____. A Critical pedagogy, Paulo Freire and the courage to be political. *Revista e-Curriculum*, São Paulo, v.14, n.01, p. 296 - 306 jan./mar.2016.

GOMES, Romeu; NASCIMENTO, Elaine Ferreira do; ARAÚJO, Fábio Carvalho de. Por que os homens buscam menos os serviços de saúde do que as mulheres? As explicações de homens com baixa escolaridade e homens com ensino superior. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 3, p. 565-574, mar, 2007.

_____. Repensar los límites del discurso educativo: modernismo, posmodernismo y feminismo. In: *Pedagogía y política de la esperanza: teoría, cultura y enseñanza: una antología crítica*. - 1ª ed.- Buenos Aires: Amorrortu, 2003.

GONÇALVES, Nicolas Aguiar et. al. Rotulagem de alimentos e consumidor. *Nutrição Brasil*, v. 14, n. 4, 2015.

GRAVINA, Claudia Felicia; GRESPAN, Stela Maris. Mudanças no Estilo de Vida na Prevenção da Doença Aterosclerótica. In: FREITAS, Elizabete Viana et al. *Tratado de geriatria e gerontologia*. 3.ed. - Reimpr. - Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2013. Cap. 32, p. 597-601.

HEHNKE, Brenda et al. Percepção sobre a segurança alimentar e nutricional de instituições cadastradas no Banco de Alimentos de Itapeverica da Serra. *Caderno de Saúde Coletiva*, v. 29, n. 2, Set-Out, 2021 • <https://doi.org/10.1590/1414-462X202129020586>

HOSSEINPOOR, Ahmad Reza et al. Social determinants of self-reported health women and men: understanding the role of gender in population health. *Plos One*. v.12, p.1-8, 2012.

HUSTON, Sandra. J. Measuring Financial Literacy. *Journal of Consumer Affairs*, v. 44, n. 2, p. 296–316, jun. 2010.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. Tábua completa de mortalidade para o Brasil – 2017. *Breve análise da evolução da mortalidade no Brasil*. Ministério do Planejamento, Desenvolvimento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2018.

JAIME, Patrícia Constante et al. Investigating Environmental Determinants of Diet, Physical Activity, and Overweight among Adults in Sao Paulo, Brazil. *Journal of Urban Health: Bulletin of the New York Academy of Medicine*, v. 88, n. 3, p.567-581, 2011.

KARAÇAM, Zekiye, SEKER, Sibel Erkan. Factors associated with menopausal symptoms and their relationship with the quality of among turkishi women. *Maturitas*, v.58, p.75-82, 2007.

KÜCHEMANN, Berlindes Astrid. Envelhecimento populacional, cuidado e cidadania: velhos dilemas e novos desafios. *Revista Sociedade e Estado*, v. 27, n. 1, Jan/Abr 2012.

KRÜGER, Letícia Meurer. *Método tradicional e método construtivista de ensino no processo de aprendizagem: uma investigação com os acadêmicos da disciplina Contabilidade III do curso de Ciências Contábeis da Universidade Federal de Santa Catarina*. Dissertação. Universidade Federal de Santa Catarina, 2013, 165p.

LEÃO, Marília Mendonça *O direito humano à alimentação adequada e o Sistema Nacional De Segurança Alimentar E Nutricional* / organizadora, Marília Leão. – Brasília: Abrandh, 2013.

LEMOS, Marcelo Rodrigues. Estratificação social na teoria de Max Weber: considerações em torno do tema. *Revista Iluminart*, n. 9, nov, 2012. Disponível em:
https://moodle.ufsc.br/pluginfile.php/939564/mod_resource/content/1/weber1.pdf

LEITE, Neiva; VILELA JÚNIOR, Guanis de Barros; CIESLAK, Fabrício; ALBUQUERQUE, André Martines – QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA E DA SAÚDE – QVS-80 In: MENDES, Ricardo Alves e LEITE, Neiva Ginástica Laboral: Princípios e Aplicações Práticas. Barueri (SP): Manole, cap 3, 2008.

LIBERMAN, Sami. Sistema Endócrino, Nutricional e Metabólico. Envelhecimento do Sistema Endócrino. In: *Tratado de geriatria e gerontologia* / Elizabete Viana de Freitas et al. - 3.ed. - [Reimpr]. - Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, cap. 68, 2013.

LIMA, Eronides da Silva. *Mal de fome e não de raça: gênese, constituição e ação política da educação alimentar, 1934-1946*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2000.

_____. Quantidade, qualidade, harmonia e adequação: princípios-guia da sociedade sem fome em Josué de Castro. *História, Ciências, Saúde* – Manguinhos, Rio de Janeiro, v.16, n.1, jan.-mar, p.171-194, 2009.

LIMA, Eronides da Silva.; OLIVEIRA, Celina Szuchmacher; GOMES, Maria do Carmo Rebello. Educação nutricional: da ignorância alimentar à representação social na pós-graduação do Rio de Janeiro, 1980-1998. *História, Ciências, Saúde*- Manguinhos, v. 10, n. 2, p. 604-35, 2003.

LOPES, Rosane; TOCANTINS, Florence Romijn. Promoção da saúde e a educação crítica. *Interface- Comunicação, Saúde, Educação*, v.16, n.40, p.235-46, jan./mar. 2012.

MACIEL, Maria Eunice. Identidade Cultural e Alimentação. In: CANESQUI, Ana Maria; GARCIA, Rosa Wanda Diez. *Antropologia e nutrição: um diálogo possível*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, Cap. 2. 2005. 306 p.

- MACHADO, Juliana Costa et al. Declínio cognitivo de idosos e sua associação com fatores epidemiológicos em Viçosa, Minas Gerais. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*-Rio de Janeiro, v. 14, n.1, p.109-121, 2011.
- MADEIRA, Francilene Batista et al. Estilos de vida, habitus e promoção da saúde: algumas aproximações. *Saúde & Sociedade*, São Paulo, v.27, n.1, p.106-115, 2018.
- MAGALHÃES, Maria Eliane Campos. Novas Metas de Colesterol da Diretriz de Dislipidemia da SBC New Cholesterol Targets of SBC Guidelines on Dyslipidemia. *International Journal of Cardiovascular Sciences*, v. 30, n. 6, p. 466-468, 2017.
- MAGALHÃES, Ana Paula Abreu; MARTINS, Kéziah da Cunha; CASTRO, Teresa Gontijo de. Educação alimentar e nutricional crítica: reflexões para intervenções em alimentação e nutrição na atenção primária à saúde. *Revista Mineira de Enfermagem*, v. 13, n. 6, 2012.
- MAGALHÃES, Nogueira, Maria Luísa et al. O método de história de vida: a exigência de um encontro em tempos de aceleração. *Pesquisas e Práticas Psicossociais*, v. 12, n. 2, maio-agosto de 2017.
- MARTINELLI, Suellen Secchi; CAVALLI, Suzi Barletto. Alimentação saudável e sustentável: uma revisão narrativa sobre desafios e perspectivas. *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 24, n. 11, p. 28, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-812320182411.30572017>
- MARX, Karl; ENGELS, Friedrich. A Ideologia Alemã: Crítica da novíssima filosofia alemã em seus representantes Feuerbach, B. Bauer e Stirner. Ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2007.
- MARX, Karl. A miséria da filosofia. Ed. São Paulo: Global, 1985.
- _____. O Capital. Tradução: Abguar Bastos. Rio de Janeiro: Veneta, 1974.
- MATIAS, Priscila da Silva. Grupos de educação em saúde nas unidades básicas de saúde: concepções de quem faz. Dissertação. Programa de Pós-Graduação em Ciências do Cuidado em Saúde da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal Fluminense. Niterói-RJ, 2017.
- MARINS, Bianca Ramos; JACOB, Silvana do Couto; PERES, Frederico. Avaliação qualitativa do hábito de leitura e entendimento: recepção das informações de produtos alimentícios. *Ciência e Tecnologia de Alimentos*, v. 28, n. 3, p. 579-85, 2008.
- MINAYO, Maria Cecília de Souza. *O Desafio do Conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*/ Maria Cecília de Souza Minayo-11 ed. São Paulo: Hucitec, 2008.
- _____. Pesquisa social: teoria, método e criatividade. 7. ed. Petrópolis: Vozes, 1997.
- MINUZI, Gabrielle Assunção; POMMER, Roselene Moreira Gomes. Reflexões iniciais sobre a alimentação das classes sociais. *RELACult -Revista Latinoamericana de Estudos em Cultura e Sociedade*, v. 5, ed. especial Abril- 2019.

- MORAES, Roque. Análise de conteúdo. *Revista Educação*, Porto Alegre, v. 22, n. 37, p. 7-32, 1999. Disponível em:
https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/4125089/mod_resource/content/1/Roque-Moraes_Analise%20de%20conteudo-1999.pdf
- MEIRELLES, Ricardo M. R. Menopausa e síndrome metabólica. *Arquivo Brasileiro de Endocrinologia e Metabologia*, v. 58, n. 2, 2014, pg. 91-96.
<http://www.scielo.br/pdf/abem/v58n2/0004-2730-abem-58-2-0091.pdf>
- NASRI, Fabio. O envelhecimento populacional no Brasil. *Einstein*, v. 6 (Supl 1):S4-S6, 2008.
<http://apps.einstein.br/revista/arquivos/PDF/833-Einstein%20Suplemento%20v6n1%20pS4-6.pdf>
- NEGRI, S. T; AMESTOY, S. C; HECK, R. M. Reflexões sobre a história da nutrição: do florescimento da profissão ao contexto atual da formação. *Revista Contexto & Saúde*, v. 17, n. 32, 2017.
- NERI, Anita Liberalesso. O legado de Paul B. Baltes à Psicologia do Desenvolvimento e do Envelhecimento. *Temas em Psicologia*, v.14, n.1, pp. 17-34, 2006.
- NESI, Aline Daniela; CORRADINI, Ana Carolina Godoy; FELÍCIO, Mônica da Luz. Implicações da obesidade no climatério e menopausa. *Revista Brasileira de Obstetrícia, Nutrição e Emagrecimento*, v. 2, n. 8, p. 123-139, 2008.
- OKIMURA, Tiemi. *Processo de aprendizagem de idosos sobre os benefícios da atividade física*. Dissertação de Mestrado. Universidade de São Paulo, São Paulo, 2005.
- OLIVEIRA, Thais Lopes. *O papel da classe social ocupacional na associação entre estado nutricional e autoavaliação de saúde*. Dissertação de Mestrado, Fiocruz 2017.
- OLIVEIRA, Sabrina Ionata de; OLIVEIRA, Kathleen Sousa. Novas perspectivas em educação alimentar e nutricional. *Psicologia USP*, São Paulo, outubro/dezembro, v. 19, n.4, p. 495-504, 2008.
- ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. *Guia Clínica para Atención Primaria a las Personas Mayores*. 3. ed. Washington, DC, 2003.
- O’RAND, Angela M. Long, Broad, and Deep: Theoretical Approaches in Aging and Inequality. In: Vern L. Bengtson, Richard A. Settersten Jr. *Handbook of theories of aging*. Nova York: Springer Publishing Company, 2016.
- PAPALÉO NETTO, Matheus. O Estudo da Velhice: Histórico, Definição do Campo e Termos Básicos. In: FREITAS, Elizabete Viana de et al. *Tratado de geriatria e gerontologia*. Cap 1 - 3.ed. - [Reimpr.]. - Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2013.
- PACHECO JÚNIOR, Israel; PACHECO, Shirley Pacheco Israel. Dialogicidade em Paulo Freire. In: Raiane Assumpção (Org.). *Educação Popular na Perspectiva Freiriana*. Editora e Livraria Instituto Paulo Freire, 2009.

PADRÃO, Susana Moreira; AGUIAR, Odaleia B; BADRÃO, Gilcilene de Oliveira D. Educação Alimentar e Nutricional: a defesa de uma perspectiva contra-hegemônica e histórico-crítica para educação. *Demetra*, v.12, n. 3, p. 665-682, 2017.

PEC transformada na EMENDA CONSTITUCIONAL Nº 95, DE 15 DE DEZEMBRO DE 2016. Disponível em:
http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc95.htm. Acesso em: 23 maio de 2020.

PEREIRA Silvia Regina Mendes. Fisiologia do Envelhecimento. In: FREITAS, Elizabete Viana de et al. *Tratado de geriatria e gerontologia*, Cap. 83. - 3.ed. - [Reimpr.]. - Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2013, p. 1346-1358.

PESQUISA NACIONAL DE SAÚDE. *Percepção do Estado de Saúde, estilo de Vida e doenças crônicas*. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2013.

PIASETZKI, Cláudia Thomé Rosa; BOFF, Eva Terezinha de Oliveira; CORASSA, Danieli Maria. Grupo de hipertensos e diabéticos: uma estratégia de educação para a saúde. *Revista Contexto & Saúde*, v. 22, n. 46 (e13315), 2022.

PIMENTEL, Jungla Maria; CRAVO, Daniel Veraluz Zicarelli. O Valor Social e Cultural da Alimentação. In: CANESQUI, Ana Maria; GARCIA, Rosa Wanda Diez. *Antropologia e nutrição: um diálogo possível*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, Cap. 2. 2005. 306 p.

PONS, Sílvia Carrasco I. Pontos de Partida Teórico-metodológicos para o Estudo Sociocultural da Alimentação em um Contexto de Transformação. In: CANESQUI, Ana Maria; GARCIA, Rosa Wanda Diez. *Antropologia e nutrição: um diálogo possível*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, Cap. 2. 2005. 306 p.

PULGA DARON, Vanderlea L. A dimensão educativa da luta por saúde no movimento de mulheres camponesas e os desafios político-pedagógicos para a educação popular em saúde. *Caderno Cedes*, Campinas, v. 29, n. 79, p. 387-399, set./dez. 2009.

RAJVEER, Bhaskar; MONIKA, Ola. Junk Food: Impact On Health. *Journal of Drug Delivery & Therapeutics*, v. 2, n.3, p. 67-73, 2012.

RECINE, Elisabetta. *O papel do nutricionista na atenção primária à saúde*. Elisabetta Recine, Marília Leão, Maria de Fátima Carvalho; [organização Conselho Federal de Nutricionistas]. - 3.ed. - Brasília, DF: Conselho Federal de Nutricionistas, 2015.

RESOLUÇÃO 466 -ÉTICA EM PESQUISA. *RESOLUÇÃO Nº 466*, DE 12 DE DEZEMBRO DE 2012. Disponível em: <file:///D:/Documentos%20Usuario/Downloads/Reso466.pdf>. Acesso em: 30 maio 2019.

RILEY, Dylan. A teoria das classes de Pierre Bourdieu. Tradução de Marcos Pestana. *Revista Outubro*, n. 31, 2018.

ROCHA, Thalita Pereira de Oliveira et al. Anatomofisiologia do estresse e o processo de adoecimento. *Revista Científica da FMC*, v. 13, n. 2, dez. 2018.

SANTANA, Jonas Mendonça. Atenção às pessoas com obesidade por profissionais da atenção básica no município de Guarulhos: ênfase em experiências exitosas. *CARTILHA*. Universidade de São Paulo. 2026. Disponível em: https://educapes.capes.gov.br/bitstream/capes/568983/2/Aten%C3%A7%C3%A3o_pessoas_obesidade_cartilha.pdf. Acesso em: 04 jan. 2023.

SANTOS, Adriano Maia dos; ALVES, Thadeu Santos. Revisão sistemática sobre educação alimentar e nutricional: sujeitos, saberes e práticas em diferentes cenários. *Revista Saúde*, v. 11, n. 4, p. 425-442, 2015.

SANTOS, Boaventura de Sousa. *Um discurso sobre as ciências*. Santos. 5. ed. - São Paulo: Cortez, 2008.

_____. Para uma sociologia das ausências e uma sociologia das emergências. *Revista Crítica de Ciências Sociais*, v.63, p. 237-280, 2002.

SANTOS, Lígia Amparo da Silva. Educação alimentar e nutricional no contexto da promoção de práticas alimentares saudáveis. *Revista de Nutrição*, v. 18, n. 5, 2005.

_____. *O corpo, o comer e a comida: um estudo sobre as práticas corporais alimentares cotidianas a partir da cidade de Salvador - Bahia*. / Lígia Amparo da Silva Santos. - Salvador: EDUFBA, 2008.

SAVIANI, Dermeval. *Pedagogia Histórico-Crítica*. 8.ed. São Paulo: Autores Associados; 2003.

SILVA, Merli Leal. Pedagogia freireana na perspectiva da educação popular. *Revista de Educação Popular*, Uberlândia, v. 18, n. 3, p. 4-19, set./dez. 2019.

SILVA, Elisiane Mandiana Fogaça et al. Prevalência de obesidade em mulheres na pós-menopausa atendidas em um ambulatório no sul do Brasil. *RASBRAN - Revista da Associação Brasileira de Nutrição*. São Paulo, SP, Ano 10, n. 1, p. 46-52, Jan-Jun. 2019.

SILVEIRA, Erika Aparecida; VIEIRA, Liana Lima, SOUZA, Jacqueline Danesio de. Elevada prevalência de obesidade abdominal em idosos e associação com diabetes, hipertensão e doenças respiratórias. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 23, n.3, p. 903-912, 2018.

SILVEIRA, D. T., & CÓRDOVA, F. P. A pesquisa científica. Métodos de pesquisa. Porto Alegre: Editora: UFRGS 2009

SIMÃO, Antônio Felipe et al. I Diretriz Brasileira de Prevenção Cardiovascular. *Arquivo Brasileiro de Cardiologia*, São Paulo, v. 101, n. 6, supl. 2, p. 1-63, dez. 2013.

SINGH, Gopal K. et al. Dramatic Increases in Obesity and Overweight Prevalence and Body Mass Index Among Ethnic-Immigrant and Social Class Groups in the United States, 1976–2008. *Journal of Community Health*, v. 36, p.94-110, 2011.

SISTEMA DE INFORMAÇÕES SOBRE MORTALIDADE – SIM. Consolidação da base de dados de 2011. Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/sim/Consolida_Sim_2011.pdf. Acesso em 12 out 2021.

SIQUEIRA, Alessandra de Sá Earp; SIQUEIRA-FILHO, Aristarco Gonçalves de; LAND, Marcelo Gerardin. Análise do Impacto Econômico das Doenças Cardiovasculares nos últimos cinco anos no Brasil. *Arquivo Brasileiro de Cardiologia*, v. 109, n.1, p.39-46, 2017.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES- SBD. Manual de Contagem de Carboidratos. Luciana Bruno (Coordenadora). Brasileira de Diabetes, 2016. Disponível em: <https://diabetes.org.br/wp-content/uploads/2021/05/manual-de-contagem-de-carbo.pdf>. Acesso em: 11 jan 2023.

SOUZA, Elton Bicalho de. Transição nutricional no Brasil: análise dos principais fatores. *Cadernos UniFOA*, n. 13, agosto/2010.

SOUZA, Sônia Maria Fernandes da Costa et al. Utilização da informação nutricional de rótulos por consumidores de Natal, Brasil. *Revista Panamericana de Salud Publica*, v. 29, n. 5, 2011.

SOUZA, Valéria Lopes de et al. Perfil das habilidades cognitivas no envelhecimento normal. *Revista CEFAC*, São Paulo, v.12, n.2, p.186-192, 2009.

STEELE, Eurídice Martínez et al. Dietary changes in the *NutriNet* Brasil cohort during the covid-19 pandemic. *Revista de Saúde Pública*, p. 54:91, 2020. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rsp/article/view/174857/163438>

TEITELBAUM, Kenneth. Recuperando a memória coletiva: os passados da educação crítica. In: APPLE, Michael W; AU, Wayne; GANDIN, Luís A. *Educação crítica: análise internacional*. Porto Alegre: Artmed, 2011.

TEIXEIRA, Priscila Dryelle Sousa et al. Intervenção nutricional educativa como ferramenta eficaz para mudança de hábitos alimentares e peso corporal entre praticantes de atividade física. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 18, n.2, p.347-356, 2013.

THIRY-CHERQUES, Hermano Roberto. *Pierre Bourdieu: a teoria na prática*. RAP. Rio de Janeiro, v. 40, n. 1, p.27-55, 2006.

THIESEN, Juarez da Silva. A interdisciplinaridade como um movimento articulador no processo ensino-aprendizagem. *Revista Brasileira de Educação*. Rio de Janeiro, v. 13, n. 39, p. 545-554, dez. 2008.

THOMPSON, E. P. *A Formação da classe operária inglesa*. Vol. I. A árvore da liberdade. 6ª ed. São Paulo: Paz e Terra, 2011.

UCHÔA, Elizabeth; FIRMO, Josélia O; LIMA-COSTA, Maria Fernanda F. *Envelhecimento e Saúde: experiência e construção cultural*. In: MINAYO, Maria Cecília S, COIMBRA JUNIOR, Carlos Everaldo Alvares-Org. *Antropologia, saúde e envelhecimento*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2002, p. 25-35.

VASCONCELOS. Francisco de Assis Guedes de. O nutricionista no Brasil: uma análise histórica. *Revista de Nutrição- Campinas*, v. 15, n. 2, p. 127-138, maio/ago., 2002.

VALENTE, Flávio Luiz Schieck. Fome e desnutrição: determinantes sociais. 2. ed. São Paulo: Cortez Editora, 1989. 107 p.

XU, Ming; KIRKLAND, James L. Inflammation and Aging. In: Vern L. Bengtson, Richard A. Settersten Jr. *Handbook of theories of aging*. Cap. 8. Nova York: Springer Publishing Company, 2016, p. 173-190.

YEPES, Tetesita. A. Desde la educación para la salud: Hacia la pedagogía de la educación alimentaria y nutricional. *Perspectivas e Nutrição Humana*, v. 16, n. p.21-40, 2006.

WELLMAN, NS. *The Nutrition Screening Initiative*. Nutrition Revision; 1994.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Obesity: preventing and managing the global epidemic*. Report of a World Health Organization Consultation. Geneva: World Health Organization, 2000. p. 256. WHO Obesity Technical Report Series, n. 284).

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Obesity: preventing and managing the global epidemic*. WHO Technical Report Series, Geneva, n. 894, 1998 (Technical Report Series, n. 894).

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Envelhecimento ativo: uma política de saúde* / World Health Organization; tradução Suzana Gontijo. – Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2005. 60p.: il.

APÊNDICES E ANEXOS

APÊNDICE I

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

PESQUISA: Educação alimentar e nutricional crítica na saúde de mulheres de distintas classes sociais em ambiente virtual

COORDENAÇÃO: Johannes Doll

Prezada Sr^a

Estamos desenvolvendo uma pesquisa denominada “Educação alimentar e nutricional crítica na saúde de mulheres de distintas classes sociais”, coordenado por Johannes Doll. Você está sendo convidada a participar deste estudo. A seguir, esclarecemos e descrevemos as condições e objetivos do estudo:

NATUREZA DA PESQUISA: Este trabalho tem por objetivo realizar um programa de educação alimentar e nutricional com mulheres adultas maduras e idosas vinculadas em Estratégias de Saúde da Família, do município de Ijuí-RS.

PARTICIPANTES DA PESQUISA: Participarão desta pesquisa cinco mulheres com idade igual ou superior a 50 anos, na Cidade de Ijuí-RS.

ENVOLVIMENTO NA PESQUISA: Ao entrar neste estudo você participará da construção de um programa de educação alimentar e nutricional realizado em uma lógica um tanto diferente das consultas tradicionais com nutricionista, ou seja, vocês serão as protagonistas, auxiliarão na definição dos assuntos/temas a serem trabalhados. Este trabalho levará em consideração o que você sabe sobre alimentos e alimentação. Uma vez por mês ou a cada três semanas vamos conversar via celular por chamada de vídeo. Nestas conversas vamos juntas descobrir assuntos que você gostaria de saber e possíveis problemas sobre alimentação que podem existir no seu cotidiano. Vai ter tema de casa que você deve fazer entre os encontros, como buscar informações sobre alimentos, sobre que estamos conversando. Estes temas vão ter sempre uma relação com seu cotidiano e suas práticas em casa. Além de aprender sobre alimentação, seu estado nutricional (peso, estatura, costumes de alimentação) vai ser avaliado. Também vai ter um questionário com perguntas durante o curso sobre sua vida e sobre o que sabe sobre alimentação.

SOBRE O QUESTIONÁRIO/ENTREVISTA: Serão solicitadas algumas informações relacionadas a sua escolaridade, renda, saúde e alimentação através de um questionário específico. Algumas das questões serão gravadas, com a intenção de trabalhar em cima dos seus relatos de forma fiel, se você consentir. Da mesma forma, se tivermos o seu consentimento, utilizaremos suas imagens (fotos) e imagens dos materiais que serão produzidos/desenvolvidos por vocês, os quais serão utilizados apenas para fins acadêmicos, como a construção da Tese de Doutorado e trabalhos científicos.

A sua participação neste projeto poderá lhe trazer benefícios, mas também alguns riscos.

BENEFÍCIOS: promover reflexões sobre suas vidas, sobre seus hábitos alimentares e de vida, que por sua vez poderá promover alterações de seus comportamentos alimentares e estilo de vida, resultando, conseqüentemente, na melhora da saúde sob múltiplos aspectos, como redução do peso da massa corporal, do IMC, da gordura abdominal, redução da pressão arterial, dos níveis de açúcar no sangue, entre outros benefícios clínicos e não clínicos.

RISCOS: a aplicação dos questionários referente a percepções sobre si, ou em relação a sua situação socioeconômica e demais questões pessoais poderá provocar angústia, sentimentos negativos, tensão, entre outras questões psíquicas. Neste caso, você tem a liberdade de interromper o seguimento do estudo, ou mesmo deixar de responder a qualquer questão que desejar.

Riscos característicos do ambiente virtual: as atividades no ambiente virtual também são passíveis de riscos como *Hackeamento* de dados, invasão da sala virtual, destruição de dados, para além das limitações com o uso das tecnologias que podem comprometer o processo de construção de trabalho prático em virtude do próprio ambiente ser virtual, como questões de desconexão com a internet, travamentos, problemas com microfone e áudio no momento da entrevista, entre outros. Para isso serão tomadas algumas medidas de precaução, como a atualização de antivírus, uso de link individual para

cada participante e conexão em horários estratégicos (quando e se possível), de preferência em horários de baixo pico de uso.

CONFIDENCIALIDADE: Fica garantido o sigilo da sua identidade, bem como de todos os seus dados, inclusive, na gravação durante toda a pesquisa e posterior a seu término. Nós garantimos que sua participação neste estudo não trará complicações legais de nenhuma ordem e que os procedimentos utilizados obedecem aos critérios da ética na Pesquisa com Seres Humanos conforme as Resolução 466/2012 e Resolução 510, de 07 de abril de 2016, do Conselho Nacional de Saúde. Nenhum dos procedimentos utilizados oferece riscos à sua vida, saúde e dignidade.

Todas as informações construídas e coletadas nesta investigação são estritamente confidenciais, cujo acesso fica restrito apenas aos pesquisadores envolvidos diretamente nesse projeto, a nutricionista que realizará a ação educativa e seu orientador.

Você tem liberdade para recusar-se a participar da pesquisa, ou desistir dela a qualquer momento que desejar, sem que haja constrangimento. Você poderá solicitar que as informações a seu respeito sejam desconsideradas do estudo, bem como terá acesso aos mesmos sempre que desejar. Fica garantido que, mesmo participando da pesquisa, você poderá recusar-se a responder aos questionamentos ou não participar da avaliação do estado nutricional.

PAGAMENTO: Está garantido que você não terá nenhum tipo de despesa financeira participando desta pesquisa, como também não será disponibilizada nenhuma compensação financeira, todavia, ao final do estudo será disponibilizado uma pequena ajuda para os custos com a internet.

Desde já, agradecemos a atenção e a participação. Caso queiram contatar a equipe, isso poderá ser feito pelo e-mail: johannes.ufrgs@gmail.com e ao Comitê de Ética em Pesquisa UFRGS (51) 3308 3738.etica@propesq.ufrgs.br Av. Paulo Gama, 110, Sala 311 Prédio Anexo I da Reitoria - Campus Centro Porto Alegre/RS - CEP: 90040-060.

CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, _____, CPF _____, ciente das informações recebidas concordo em participar da pesquisa, autorizando-os a utilizarem as informações por mim concedidas e/ou os resultados alcançados.

Assinatura da Participante

Johannes Doll
CPF:

Franciéli Aline Conte
CPF: 026.498.770-57

_____, ____/____/____.

APÊNDICE II

AUTORIZAÇÃO USO IMAGENS, E SOM DE VOZ PARA FINS DE PESQUISA

TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA UTILIZAÇÃO DE IMAGEM E SOM DE VOZ PARA FINS DE PESQUISA

Eu, _____, autorizo a utilização da minha imagem e som de voz, na qualidade de participante/entrevistado(a) no projeto de pesquisa intitulado “**Educação alimentar e nutricional crítica na saúde de mulheres de distintas classes sociais em ambiente virtual**” sob responsabilidade de Johannes Doll, vinculado ao Programa de Pós-Graduação em Educação da Faculdade de Educação da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Minha imagem e som de voz podem ser utilizadas apenas para análise por parte da equipe de pesquisa, apresentações em conferências profissionais e/ou acadêmicas e atividades educacionais. Tenho ciência de que não haverá divulgação da minha imagem nem som de voz por qualquer meio de comunicação, sejam elas televisão, rádio ou internet, exceto nas atividades vinculadas ao ensino e a pesquisa explicitadas anteriormente. Tenho ciência também de que a guarda e demais procedimentos de segurança com relação às imagens e sons de voz são de responsabilidade do(a) pesquisador(a) responsável.

Deste modo, declaro que autorizo, livre e espontaneamente, o uso para fins de pesquisa, nos termos acima descritos, da minha imagem e som de voz.

Este documento foi elaborado em duas vias, uma ficará com o(a) pesquisador(a) responsável pela pesquisa e a outra com o(a) participante.

Assinatura do(a) participante

Nome e Assinatura do(a) pesquisador(a)

Local e data

APÊNDICE III
QUESTIONÁRIO DE DADOS GERAIS

Nº do protocolo.....

1.DADOS DE IDENTIFICAÇÃO:

Data da entrevista:...../...../.....

Nome Completo:.....

Bairro:.....

Telefone:..... Idade:..... Data de Nasc:../...../.....

DADOS SÓCIO-DEMOGRÁFICOS E CULTURAIS:

Naturalidade: (1) Cidade (2) Interior.

Se nasceu no interior, com quantos anos veio para a cidade? _____

Estado Civil: (1) Casada/União Estável (2) Viúva (3) Divorciada/separada (4) Solteira

Profissão: _____

Quantos _____ anos _____ frequentou _____ a _____ escola?

Qual é a sua escolaridade? _____

Se possui graduação, é em qual/quais curso (s) _____

A senhora se considera de qual cor? (1) Branca (2) Preta (3) Parda (4) Amarela (5) Indígena.

A senhora: (1) Trabalha (2) Aposentada (3) Pensionista (4) Recebe auxílio do Governo. Se sim: qual _____

Qual é a principal fonte de renda? _____

Qual é o valor da sua renda individual? (Salários mínimos) _____

Qual o valor total da sua renda familiar? _____

Como a senhora considera a sua situação econômica? _____

A sua moradia é: (1) própria (2) alugada (3) cedida (4) casa de familiar

Quantas pessoas moram com você? _____

DADOS SOBRE O ESTADO DE SAÚDE

Você considera sua saúde? (1) Muito Boa (2) Boa (3) Razoável (4) Ruim (5) Muito Ruim

Você tem alguma dessas doenças: (1) Hipertensão (2) Colesterol/Triglicérides elevado (3) Pré Diabetes ou Diabetes (4) Obesidade (5) Doenças Ósseas (6) Doença Pulmonar (7) Doença Cardiovascular (9) Outras _____

DADOS SOBRE ALIMENTAÇÃO

A senhora, de modo geral: (1) produz os seus alimentos/refeições em casa (2) compra pronto (3) Realiza as refeições fora de casa (restaurantes, padarias, trabalho) (4) Durante a semana realiza as refeições em casa e no final de semana fora de casa

Quais _____ são _____ os _____ seus _____ alimentos _____ preferidos?

Quais alimentos você não gosta ou que não fazem falta para você? _____

A senhora tem horta ou espaço para plantar temperos/verduras? (1) Sim (2) Não. Se sim, o que você produz? _____

A senhora costuma ler os rótulos dos alimentos antes de comprar? (1) Sim (2) Não (3) Algumas vezes

A Sra compreende as informações que constam nos rótulos? (1) Sim (2) Não (3) Parcialmente

Em caso afirmativo: Qual/is informações você procura olhar?

DADOS SOBRE HÁBITOS/ESTILO DE VIDA:

1) Como você considera a qualidade de seu sono? (1) Excelente (2) Boa (3) Regular (4) Ruim (5) Muito ruim

16. Qual a duração média do seu sono? (1) Mais de 8 horas (2) 7 a 8 horas (3) 6 a 7 horas (4) 5 a 6 horas (5) Menos de 5 horas

2) A senhora pratica algum tipo de exercício/atividade física por esporte, lazer ou recreação? (1) Sim (2) Não

Você pratica exercícios físicos regularmente? (1) Muito frequentemente (2) Frequentemente (3) Às vezes (4) Muito raramente (5) Nunca

Qual/ais atividade (es) física (as) ou esporte (s)? _____

—

Quantas vezes na semana? _____ Quantas horas? _____

Em qual (ais) local(ais)? _____

Há quanto tempo você pratica atividades físicas regulares? (1) Mais de 2 anos (2) de 1 a 2 anos (3) de 3 a 12 meses (4) Menos de 3 meses (5) não pratico.

3) A Sra. fuma (possui hábito tabagista)? (1) Sim (2) Não (3) Eventualmente (4) Esporadicamente

Quantos cigarros fuma, em média, por dia? _____

Em relação ao cigarro: (1) Nunca fumei (2) Parei há mais de 2 anos (3) Parei de 1 ano a menos de 2 anos (4) Parei há menos de 1 ano (5) Sou fumante

3) A Sra. faz uso de bebidas alcoólicas (possui hábito etilista)? (1) Sim (2) Não

Se sim o consumo é: (1) Diariamente (2) Somente aos fins de semana (3) Somente em festas ou ocasiões especiais

APÊNDICE IV**ROTEIRO DE ENTREVISTA (INICIAL)**

Entrevistada Nº.....

- 1) Vamos começar falando sobre como é a sua alimentação na atualidade: como você tem se alimentado na sua visão? Por quê?
- 2) Conte-me mais um pouco, como foi a sua alimentação ao longo da sua vida adulta:
- 3) Voltando mais ao passado, como foi a sua alimentação na infância?
- 4) Você considera que falta(am) alimento(s) ou algum grupo alimentar na sua dieta? Qual(ais)?
- 5) Você se priva de comprar algum alimento que gosta ou necessita? Qual/quais? Por quê?
- 6) Nas horas livres, o que você mais gosta de fazer?
- 7) No seu entendimento o que são alimentos saudáveis? De exemplos
- 8) No seu entendimento o que são alimentos não saudáveis? De exemplos
- 9) Quem foi responsável por transmitir/ensinar os conhecimentos sobre alimentação na sua infância/adolescência?
- 10) De onde ou de quais fontes você adquire os conhecimentos sobre alimentação na atualidade?
- 11) Você presta atenção nas propagandas de alimentos na televisão?
- 12) Cite uma propaganda/programa que lhe chamou ou chama atenção

Data da avaliação: _____

Dados sobre Estado Nutricional:

Como a senhora considera que está o seu peso?

Peso: _____ Estatura _____ IMC _____

APÊNDICE V**ROTEIRO DE ENTREVISTA (FINAL)**

- 1) O que você sabe sobre a doença ou alterações dos exames de sangue que possui? O que acontece no corpo se não tratar? cuidar?
- 2) Quais alimentos são importantes para ajudar a tratar a doença/ alteração? Quais prejudicam?
- 3) O que você sabe falar sobre os rótulos dos alimentos? o que aprendeu?
- 4) Após os nossos encontros de Educação Alimentar, o que você sabe falar sobre alimentos saudáveis?
- 5) E sobre alimentos não saudáveis?
- 6) Como está a sua alimentação na atualidade? Mudou/melhorou alguma coisa?
- 7) Você considera que houve melhoras na sua saúde com a participação neste projeto? O que/quais?
- 8) De forma resumida, o que você aprendeu e colocou em prática na sua vida com esse trabalho de EAN crítica?
- 9) De todos os conhecimentos produzidos e já existentes, quais deles você não conseguiu colocar em prática? Por quê?
- 10) De todos os encontros realizados, qual deles mais marcou você?

Data da avaliação: _____

DADOS SOBRE ESTADO NUTRICIONAL:

Como você considera que está

o seu peso depois dos nossos encontros?

Peso: _____ Estatura _____ IMC _____

ANEXO I

Programa de Pós-Graduação em Educação
Universidade do Estado do Pará
Belém-Pará- Brasil

Revista Cocar. V.14 N.28 Jan./Abr./ 2020 p.359-37 ISSN: 2237-0315

Mulheres de baixa renda e alimentos: entre o hábito alimentar e ter para comer

Low-income women and food: between the food habit and to have for eat

Francieli Aline Conte

Universidade Federal do Rio Grande do Sul - UFRGS

Isaura Isabel Conte

Universidade Federal de Rondônia - UNIR

Johannes Doll

Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS

Porto Velho-RO e Porto Alegre-RS - Brasil

Resumo

Este ensaio aborda os hábitos alimentares de mulheres de baixa renda no Brasil, tratando-se de uma revisão bibliográfica integrativa realizada nas bases: Bireme, Eric, Catálogo de Teses e Dissertações da Capes e Periódicos Capes utilizando os termos: *woman** AND '*Food habit*' AND '*low-income*'. As principais discussões trazidas apontam que na baixa camada social a renda é o principal determinante na aquisição de alimentos. Mulheres em vulnerabilidade social possuem uma alimentação fragilizada em nutrientes, monotonia alimentar e uma oscilação de consumo de determinados alimentos ao longo das semanas, entretanto, uma parte delas produzem alimentos da cultura local/regional e compram alimentos saudáveis e baratos. Conclui-se que o acesso à educação formal e a educação nutricional podem promover mudanças nos hábitos alimentares e saúde quando aliado a espaços físicos que possibilitem a produção de alimentos em espaços urbanos. Outro fator apontado seria a própria diminuição da desigualdade social com apoio de política pública em vista de renda que possibilite dignidade para as pessoas poderem se alimentar com qualidade e quantidade suficiente.

Palavras-chave: Mulheres; Hábitos Alimentares; Baixa Renda.

Abstract

This essay addresses the eating habits of low-income women in Brazil, dealing with an integrative bibliographic review carried out on the bases: Bireme, Eric, Capes Thesis and Dissertations Catalog and Capes Periodicals using the terms: *woman ** AND '*Food habit*' AND '*low-income*'. The main discussions brought up point out that in the low social stratum income is the main determinant in the acquisition of food. Women in social vulnerability have a diet that is weak in nutrients, monotonous food and an oscillation in the consumption of certain foods over the weeks, however, some of them produce foods from the local / regional culture and buy healthy and cheap food. It is concluded that access to formal education and nutritional education can promote changes in eating habits and health when combined with physical spaces that enable the production of food in urban spaces. Another factor pointed out would be the very reduction of social inequality with the support of public policy in view of income that enables dignity for people to be able to eat with sufficient quality and quantity.

Key-words: Woman; Food Habits; Low-Income.

ANEXO II

Aceito em: 30/11/2021

**PROBLEMATIZAÇÃO DAS
METODOLOGIAS NA
EDUCAÇÃO ALIMENTAR E
NUTRICIONAL: registros entre
2009 a 2019**

**PROBLEMATIZATION OF
METHODOLOGIES IN FOOD
AND NUTRITION EDUCATION:
records between 2009 to 2019**

**PROBLEMATIZACIÓN DE
METODOLOGÍAS EN
EDUCACIÓN ALIMENTARIA Y
NUTRICIONAL: registros entre
2009 y 2019**

Resumo: O estudo identificou e problematizou os principais métodos utilizados no trabalho de educação alimentar e nutricional no período de 2009 a 2019 através de uma busca nas plataformas CAPES e LILACS. A investigação resultou na seleção de 2 teses e 19 dissertações. Dos 21 estudos, em apenas seis identificou-se que os profissionais/educadores em nutrição utilizam de metodologias não tradicionais, contudo, as condutas e as formas de conduzir as intervenções apresentaram ainda algumas incoerências, visto que na maioria dos estudos, foram observadas 'prescrições', respostas prontas, aulas e oficinas verticais. Existe a necessidade de trabalhar a educação dentro da área da saúde desde a graduação, e capacitar os professores para que se atentem a um ensino-aprendizado humanizador, conscientizador e não fragmentado e depositário de informações.

Palavras-chave: Saúde. Educação. Nutrição. Formação. Recebido em: 28/07/2021

Publicação em: 10/02/2022

Revista Espaço do Currículo

ISSN 1983-1579

Doi: DOI: 10.22478/ufpb.1983-1579.2021v14nEspecial.60340.

Francieli Aline Conte

Doutoranda em Educação

Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil.

E-mail: francieliconte@yahoo.com.br

Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-2894-1473>

Johannes Doll

Doutor em Filosofia

Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil.

E-mail: johannes.doll@ufrgs.br.

Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-6699-0460>

Como citar este artigo:

CONTE, Francieli Aline; DOLL, Johannes. QUAIS MÉTODOS DE EDUCAÇÃO ALIMENTAR TÊM SIDO REGISTRADOS DESDE 2009. **Revista Espaço do Currículo**, [S. l.], v. 14, n. Especial, 2022. DOI: 10.22478/ufpb.1983-1579.2021v14nEspecial.60340. Disponível em: <https://periodicos.ufpb.br/ojs2/index.php/rec/article/view/60340>.

ANEXO III

TEORIAS DA DESIGUALDADE E SUAS CONTRIBUIÇÕES PARA PENSAR A SAÚDE ³⁶ theories of inequality and their contributions to thinking about health

Francieli Aline Conte
Adriana da Silva Pinto
Johannes Doll

Resumo: Este estudo objetivou discutir as teorias clássicas da desigualdade social e suas relações e consequências com a área da saúde por meio de estudo teórico. As teorias tratam em comum os problemas de desigualdade e desvantagens em relação à saúde na fase idosa, que considera o percurso da vida em diferentes contextos como baixa escolarização e renda, condições de trabalho, moradia, fatores estressantes, que se acumulam ao longo da vida, bem como o acesso (ou não) aos serviços de saúde. Mudanças positivas no curso de vida, como escolarização (formal ou não), podem possibilitar vantagens na situação de saúde futura.
Palavras-chave: Teorias Gerontológicas, desigualdade, educação, saúde.

Abstract: This study aimed to discuss the classic theories of social inequality and their relationships and consequences with the health area through a theoretical study. The theories deal in common with the problems of inequality and disadvantages in relation to health in the elderly, which consider the course of life in different contexts such as education and income, working conditions, housing, stressors, which accumulate throughout life. , as well as access (or not) to health services. Positive changes in the course of life, such as schooling (formal or not), can provide advantages in the future health situation.

Keywords: Gerontological theories, inequality, education, health.

ANEXO IV

AUTOAVALIAÇÃO DA ALIMENTAÇÃO E DAS CONDIÇÕES DE ACESSO AOS ALIMENTOS ENTRE MULHERES ADULTAS MADURAS E IDOSAS DE DISTINTAS CLASSES SOCIAIS

Francieli Aline Conte¹³⁷
Johannes Doll²³⁸

³⁶ SERÁ SUBMETIDO À REVISTA ANÁLISE SOCIAL OU Revista Brasileira de Ciências Sociais

³⁷ ¹Nutricionista, Doutoranda em Educação pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul - RS, francieliconte@yahoo.com.br

³⁸ ²Doutor em Educação pela Universitat Koblenz Landau - DE .johannes.doll@ufrgs.br

RESUMO

Este estudo trata do recorte de dados de um trabalho empírico de educação alimentar e nutricional crítica com mulheres adultas maduras e idosas de distintas classes sociais. No estudo em questão foi investigado a história da alimentação e das condições de acesso aos alimentos das participantes. Foram incluídas no estudo sete mulheres adstritas em Estratégias de Saúde da Família, do município de Ijuí-RS. A história alimentar mostrou que todas elas possuem acesso aos alimentos e que a alimentação básica é produzida em casa. A avaliação da autoavaliação da alimentação atual das mulheres com piores condições sociais, mostrou haver uma maior monotonia alimentar comparado às mulheres com melhor poder aquisitivo. Mulheres com maior escolaridade conseguiram realizar uma maior reflexão sobre o que estavam consumindo ou deixando de consumir, enquanto que mulheres com menor escolaridade tiveram maiores dificuldades de encontrar ‘falhas’ na alimentação. A monotonia alimentar esteve mais presente entre mulheres de menor status econômico, enquanto que mulheres com melhor renda, apresentaram maior diversidade na dieta. Em relação à alimentação ao longo da vida, seis das sete participantes referiram que ela foi se modificando ao longo das décadas, justificado principalmente pela mudança da composição familiar, mudança na rotina, acentuação do envelhecimento e medo de adoecimento. Tanto as mulheres com melhores condições sociais, quanto as de menor poder aquisitivo afirmam se privar de comprar alguns alimentos pelo elevado preço dos mesmos. Mulheres com menor poder aquisitivo, que passaram restrições na infância, referiram não se privar de comprar o que gostam.

Palavras-chave: Alimentação, Mulheres, Envelhecimento, Renda, Escolaridade.

INTRODUÇÃO

A transição demográfica que veio ocorrendo especialmente a partir da década de 1950 tem gerado diversos efeitos colaterais. Os atuais adultos maduros e idosos têm estado dentro de uma estatística de sobrepeso ou obesidade e doenças crônicas, que em grande parte se deve ao modelo de alimentação global atual