

## A autopercepção alimentar e corporal como recurso para a Educação Alimentar e Nutricional em grupo

*Food and body self-perception as a resource for group  
Food and Nutrition Education*

Bruna Gomes Botelho<sup>1</sup>, Isabela Figueiredo e Souza<sup>1</sup>, Clarice Lima Álvares da Silva<sup>1</sup>, Kellem Regina Rosendo Vincha<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Universidade Federal de Juiz de Fora, Campus Governador Valadares

Contato: Kellem Regina Rosendo Vincha – [kvincha@yahoo.com.br](mailto:kvincha@yahoo.com.br)

### Resumo

A compreensão da percepção das escolhas alimentares e do corpo é fundamental para a condução de ações de Educação Alimentar e Nutricional em grupo. Esse trabalho teve por objetivo identificar a autopercepção das escolhas alimentares e da imagem corporal de participantes de um grupo educativo antes e depois da intervenção. Foi realizada uma pesquisa descritiva qualitativa com caracterização da população e com entrevista semiestruturada, antes e depois de um grupo educativo de seis encontros quinzenais. Os dados produzidos nas entrevistas foram analisados por meio da Análise de Conteúdo Temática. Dos 27 participantes que iniciaram o grupo 11 finalizaram, sendo eles na maioria idosos, viúvas, aposentadas e com a presença de doenças crônicas. Nas entrevistas dos 11, foram identificadas as categorias cognitivo, afetiva, sensorial e habilidade referentes à autopercepção da alimentação e a categoria saúde e corpo referente à autopercepção corporal. Ambas as categorias foram encontradas nas entrevistas pré e pós-intervenção, porém com sentidos e significados diferentes, os quais evidenciaram mudanças na percepção e nas escolhas alimentares dos participantes. A abordagem dessas categorias nas intervenções de Educação Alimentar e Nutricional pode influenciar na realização de melhorias do comportamento alimentar. Conclui-se a relevância da inclusão da autopercepção alimentar e corporal para planejar e desenvolver as intervenções coletivas para o fortalecimento da autonomia nas escolhas alimentares dos indivíduos.

**Palavras-chave:** Educação Alimentar e Nutricional. Pesquisa Qualitativa. Comportamento Alimentar. Autopercepção.

### Abstract

*Understanding the perception of food choices and body insight is fundamental to conduct actions of Food and Nutrition Education in groups. This work aimed to identify the self-concept of food choices and body image of participants in an educational group before and after the intervention. Qualitative descriptive research was carried out with characterization of the population and with a semi-structured interview, before and after an educational group of six fortnightly meetings. The data produced in the interviews were analyzed using Thematic Content Analysis. Of the 27 participants who started the group 11 concluded, most of them elderly, widowed, retired and with the presence of chronic diseases. In the*

*interviews of the 11, were identified the categories cognitive, affective, sensory and skill, referring to self-concept of feeding and the category health and body referring to body self-concept. Both categories were found in the pre and post-intervention interviews, but with different meanings and intentions, which showed changes in the participants' perception and food choices. The approach of these categories in Food and Nutrition Education interventions can influence the improvement of feeding behavior. It concludes the relevance of including feeding and body self-concept to plan and develop collective interventions to strengthen autonomy in individuals' food choices.*

**Keywords:** Food and Nutrition Education. Qualitative Research. Feeding Behavior. Self-Concept.

## INTRODUÇÃO

A Educação Alimentar e Nutricional (EAN) é uma estratégia que vem sendo utilizada para o controle e prevenção dos problemas alimentares e nutricionais contemporâneos. Seu conceito está inserido no contexto da realização do direito humano à alimentação adequada e da garantia da segurança alimentar e nutricional, e é compreendida como um campo de conhecimento e de prática contínua e permanente com ação transdisciplinar, intersetorial e multiprofissional<sup>1</sup>. Como prática, concebe-se a EAN como uma ação que envolve transmitir informações, comunicar conceitos de nutrição, construir conhecimentos, formar atitudes e valores, e ingressar nas histórias de vida, na cultura, no social e no universo de significados afetivos da alimentação dos indivíduos, com o intuito de promover a autonomia para comportamentos alimentares saudáveis<sup>1,2,3</sup>.

O comportamento alimentar está ligado à conduta de uma pessoa, que é influenciada pelo seu passado, opiniões, conhecimentos, informações, habilidades e valores que foram adquiridos ao longo da vida em torno do ato de comer e da comida. A EAN voltada para mudanças nesse comportamento tem o intuito de apoiar a realização de melhorias nas escolhas alimentares por meio do compartilhamento de experiências e da compreensão sobre os hábitos e costumes alimentares do indivíduo e da população<sup>2</sup>.

Nessa lógica, recomenda-se aos profissionais o uso de recursos e abordagens educacionais problematizadores e ativos que favoreçam o diálogo junto aos indivíduos<sup>1</sup>. Como recurso educacional têm-se incentivado o uso do Guia Alimentar para a População Brasileira, que valoriza as dimensões culturais, a comensalidade, a sustentabilidade social e ambiental e a autonomia nas escolhas alimentares dos

indivíduos<sup>4</sup>. Já uma das possibilidades de abordagem são os grupos educativos, que envolvem uma rede de apoio com participação comunitária de pessoas unidas pelo mesmo interesse e necessidade<sup>2</sup>.

Os grupos de EAN quando conduzidos de forma adequada apresentam maior eficácia comparados ao atendimento individual, pois eles contribuem para a construção de aprendizado crítico, que favorece mudanças efetivas e duradouras no comportamento alimentar<sup>5</sup>. Para tal, é importante que o profissional compreenda os significados atribuídos à alimentação pelos indivíduos, ampliando o campo de visão para tomada de decisão durante a ação, permitindo, por sua vez, o fortalecimento de seu resultado<sup>2,5,6</sup>.

Concebe-se que um fator influenciador das escolhas dos indivíduos é a autopercepção alimentar e corporal<sup>7</sup>, que envolve emoções e o estado geral de saúde<sup>8</sup>. A autopercepção, interpretada como o ato de pensar e/ou sentir sobre sua forma de se relacionar com a alimentação e com o corpo<sup>9</sup>, pode ser utilizada como um indicador de qualidade de vida, uma vez que se analisa aspectos físicos, cognitivos e emocionais<sup>10</sup>. Para compreender a percepção do outro é necessário contemplar o cotidiano, já que as representações sociais, que englobam crenças, práticas, atitudes, opiniões, são saberes construídos e mantidos pelos indivíduos em suas interações rotineiras<sup>11</sup>. Porém, essa compreensão é pouco tratada nas experiências e nas pesquisas de EAN, como mostra França e Carvalho<sup>12</sup> em um estudo de revisão sobre estratégias educativas de alimentação e nutrição. O objetivo deste estudo foi identificar a autopercepção das escolhas alimentares e da imagem corporal de participantes de um grupo educativo antes e depois da intervenção.

## MÉTODO

O presente estudo é de caráter descritivo com o uso de abordagem qualitativa, realizada em um grupo educativo de alimentação e nutrição com adultos e idosos de uma comunidade do município de Governador Valadares, Minas Gerais. O grupo foi desenvolvido por uma equipe de professores e estudantes do curso de Nutrição da Universidade Federal de Juiz de Fora, Campus Governador Valadares, em um espaço social da própria comunidade onde os participantes estavam inseridos. O convite foi aberto para a comunidade, e com o intuito da formação de um grupo com características homogêneas, estabeleceu-se o critério de participação idade acima de 30 anos.

No primeiro contato com o grupo, foi apresentada a equipe de trabalho e a proposta da intervenção, como o número de encontros, as datas e a finalidade do grupo, sendo essa a promoção da alimentação saudável. Em seguida, realizou-se um diagnóstico, por meio da aplicação de um questionário, formado por características socioeconômicas (nome, gênero, estado civil, escolaridade, fonte e faixa de renda), de saúde (doenças autorreferidas e uso de medicamentos) e antropométricas (altura, peso e circunferência da cintura). Os dados antropométricos foram coletados e avaliados, incluindo o Índice de Massa Corporal (IMC), de acordo com as recomendações do Ministério da Saúde<sup>13</sup>. De forma complementar, foi realizada uma entrevista na modalidade semiestruturada pré-intervenção que serviu como um guia para o andamento da interlocução, sendo composta por um roteiro de cinco questões referentes ao motivo pela participação no grupo e à autopercepção alimentar e da imagem corporal.

A partir do diagnóstico, foi iniciada a intervenção, composta pela entrega do plano alimentar individual e de uma lista de substituição de alimentos, seguida de abordagens temáticas, estratégias educativas, recursos pedagógicos e construção de metas coletivas de mudanças na alimentação, ao longo de seis encontros grupais com os participantes, de frequência quinzenal com duração de duas horas, com a estruturação descrita no Quadro 1. Os objetivos educativos dos encontros seguiam os temas, na lógica ‘os participantes são capazes de realizar melhores escolhas alimentares’. A concepção, as estratégias educativas e os recursos pedagógicos adotados na intervenção foram fundamentados nos pressupostos da EAN<sup>1,2,3</sup>: participação ativa, diálogo, integração, problematização do cotidiano, reflexão sobre as práticas alimentares e construção de aprendizados. A partir do diálogo sobre a abordagem temática do encontro foram construídas coletivamente metas de mudanças da alimentação, para isso os coordenadores do grupo realizavam uma devolutiva aos participantes dos aprendizados construídos no encontro e estimulavam que os mesmos analisem possibilidades de mudanças em suas rotinas de vida.

O número de encontros foi definido de forma a possibilitar o desenvolvimento de toda intervenção, com a inserção das mensagens contidas nos 10 passos para uma alimentação saudável do Guia Alimentar para a População Brasileira<sup>4</sup> e dos temas ‘mitos ou verdades’ e ‘autoestima’, que surgiram do levantamento das entrevistas, no qual foi apurada a percepção de uma alimentação saudável voltada a restrições e de sentimentos negativos voltados à imagem corporal. A frequência quinzenal dos

encontros foi estabelecida para permitir um intervalo adequado para reflexão e vivência de cada tema do encontro, sem, contudo, levar a perda de acompanhamento dos participantes. Os intervalos entre os encontros foram utilizados para reuniões da equipe, com objetivo de avaliação do encontro anterior e preparação para o próximo encontro, com adaptação do planejamento prévio em conformidade com a demanda do grupo.

**Quadro 1** - Desenvolvimento dos encontros do grupo educativo de alimentação e nutrição.

<b>Tema</b>	<b>Conteúdo</b>	<b>Estratégias educativas</b>	<b>Recursos pedagógicos</b>	<b>Metas construídas</b>
O que é alimentação saudável?	Dez passos para uma alimentação saudável; tipos de processamentos dos alimentos	Dinâmica em pequenos grupos, na qual os participantes discutiam sobre os alimentos que julgavam fazer parte de uma alimentação saudável	Modelos de alimentos	Evitar consumo de ultraprocessados e temperos prontos
Café da manhã e pequenos lanches	Composição do café da manhã, destacando o leite, pão, alimentos integrais, preparos caseiros, variação dos alimentos e consumo de fibras e água	Dramatização de uma cena de café da manhã em família; degustação de preparações com a identificação de sabores e cheiros.	Fotos impressas de café da manhã do Guia Alimentar para a População Brasileira; preparações de bolo de banana, pão integral e creme de ricota	Planejar as refeições e diversificar o café da manhã
Almoço e jantar	Ingesta hídrica, prática de atividade física, mudanças gradativas, consumo de cereais e preparações com pequenas quantidades de óleo	Montagem de combinações de jantar e lanche;  Comparação entre jantar e lanche e uso da lista de substituição	Modelos de alimentos; Fotos impressas de almoço e jantar do Guia Alimentar para a População Brasileira; Embalagens e rótulos de óleos	Diversificar o jantar e se atentar ao tamanho das porções
Mitos ou verdades sobre a alimentação	Mitos sobre água com limão, exclusão do carboidrato, jejum intermitente, exclusão de leite e derivados	Dinâmica na qual os participantes após escutar uma afirmação sobre alimentação, levantava uma placa com sua opinião, se mito ou verdade; discussão do mito	Apresentação dos mitos em slides; placas de mito e verdade	Ser crítico com relação a fontes de informação
Alimentos funcionais	Alimentos funcionais; Preparações com alimentos funcionais	Apresentação e discussão sobre o tema;  Degustação de preparações com alimentos funcionais	Vídeo de uma reportagem sobre alimentos funcionais; preparações de bolo de banana, cookies de banana e chá de amendoim	Observar os alimentos funcionais consumidos no dia-a-dia e compartilhar com o grupo uma receita familiar

*Continua*

Continuação do quadro 1

Tema	Conteúdo	Estratégias educativas	Recursos pedagógicos	Metas construídas
Autoestima	Autoestima, com levantamento de passos que consideram importantes para essa melhoria	Atividade na qual os participantes colocavam qualidades próprias em tarjetas, que foram coladas em um quadro para uma 'feira'. Com adesivos que representavam 'dinheiro' eles escolhiam e compravam qualidades; valorização de todas as qualidades; construção de passos para a melhoria da autoestima	Quadro, tarjetas e canetas	Observar e lembrar os passos escolhidos pelo grupo para a melhoria da autoestima.

Ao final dos seis encontros, o questionário socioeconômico foi reaplicado e a avaliação antropométrica repetida, assim como foi realizada uma nova entrevista, chamada pós-intervenção, por sua vez com auxílio de um roteiro de oito questões semiestruturadas sobre a experiência do participante no grupo e possíveis mudanças da autopercepção alimentar e corporal.

Para a análise quanto à caracterização da população, realizou-se uma análise descritiva dos dados socioeconômicos, de saúde e antropométricos, tendo sido calculadas as frequências absolutas e relativas dos mesmos. Já para os dados produzidos nas entrevistas, que foram gravadas em áudio e transcritas por membros da equipe previamente treinados, usou-se para a compreensão da autopercepção alimentar e corporal o método de análise de conteúdo temática, que foi constituída em três etapas: 1) pré-análise com leitura flutuante; 2) exploração do material para compreensão do texto e categorização do conteúdo, com determinação de expressões ou palavras que remetiam aos significados identificados; 3) tratamento dos resultados, em que os dados foram colocados em relevo e depois interpretados<sup>14</sup>. Essa análise foi realizada em reuniões com a equipe que envolveram a discussão dos dados e de referencial teórico sobre a EAN<sup>1,2,3</sup>, o que permitiu a definição a priori das categorias na segunda etapa da análise. Considerou-se autopercepção o ato de pensar e/ou sentir sobre sua forma de se relacionar com a alimentação e com o corpo<sup>9</sup>, ou seja, como os participantes dialogam internamente com os objetos, alimentação e corpo.

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisas com Seres Humanos da Universidade Federal de Juiz de Fora (parecer nº 3.053.223), e seguiu todas as premissas éticas descritas na Resolução nº 466/12 e suas normas complementares.

## RESULTADOS

As características socioeconômicas, de saúde e antropométricas dos participantes no momento inicial e final do grupo estão apresentadas na Tabela 1. O grupo foi iniciado com 27 participantes, com média de idade de 54,7 anos (dp 16,6) em sua maioria mulheres, trabalhadoras, viúvas, com ensino fundamental incompleto, com renda de 1 a 3 salários-mínimos, com ocorrência de doenças crônicas e uso de medicamentos, com sobrepeso ou obesidade e risco de doenças cardiovasculares. Verificou-se que 11 participantes permaneceram até o final e mantiveram o perfil inicial do grupo, à exceção de que eram mais velhos, com média de idade de 61,3 anos (dp 14,5) e majoritariamente aposentadas. Não houve mudança no estado nutricional desses participantes com a intervenção.

**Tabela 1** - Caracterização dos participantes que iniciaram e finalizaram no grupo educativo de alimentação e nutrição.

Características dos participantes	Inicial N (%)	Final N (%)
<b>Sexo</b>		
Sexo feminino	23 (85,19)	9 (81,82)
Sexo masculino	4 (14,81)	2 (18,18)
<b>Estado civil</b>		
Casado	10 (37,04)	3 (27,27)
Solteiro	2 (7,41)	1 (9,09)
Viúvo	10 (37,04)	6 (54,55)
Divorciado	1 (3,70)	0 (0,00)
Vive com companheiro	5 (18,52)	1 (9,09)
<b>Escolaridade</b>		
Analfabeto	4 (14,81)	2 (18,18)
Fundamental incompleto	8 (29,63)	5 (45,46)
Fundamental completo	4 (14,81)	1 (9,09)
Médio incompleto	3 (11,12)	1 (9,09)
Médio completo	4 (14,81)	2 (18,18)
Superior incompleto	1 (3,70)	0 (0,00)
Superior completo	3 (11,12)	0 (0,00)
<b>Fonte de renda</b>		
Aposentado	10 (37,04)	7 (63,64)
Trabalho	11 (40,74)	2 (18,18)
Pensão	3 (11,11)	2 (18,18)
Sem renda	4 (14,81)	1 (9,09)
<b>Faixa de renda</b>		
Sem renda	3 (11,11)	0 (0,00)
< 1 Salário-mínimo	4 (14,81)	1 (9,09)
1 a 3 Salários-mínimos	18 (66,67)	10 (90,91)
> 3 Salários-mínimos	2 (7,41)	0 (0,00)
<b>Doenças autorreferidas</b>		
Diabetes Mellitus	5 (18,52)	3 (27,27)
Hipertensão arterial	14 (51,85)	7 (63,64)
Artrite	2 (7,41)	2 (18,18)
Dislipidemia	5 (18,52)	1 (9,09)
Osteoporose	4 (14,81)	3 (27,27)
<b>Uso de medicamento</b>	19 (70,37)	9 (81,82)

*Continua*

Continuação da tabela 1

Características dos participantes	Inicial N (%)	Final N (%)
<b>Classificação do Índice de Massa Corporal</b>		
Baixo peso	3 (11,11)	2 (18,18)
Adequado	4 (14,81)	1 (9,09)
Sobrepeso	9 (33,34)	3 (27,28)
Obesidade	11 (40,74)	5 (45,45)
<b>Classificação da Circunferência da Cintura</b>		
Sem risco <sup>1</sup>	4 (14,81)	2 (18,18)
Com risco <sup>1</sup>	23 (85,19)	9 (81,82)

<sup>1</sup>Risco de desenvolvimento de doenças cardiovasculares.

Na análise das entrevistas dos 11 participantes foram identificadas quatro categorias que expressam a autopercepção da alimentação: cognitivo, afetiva, sensorial e de habilidade; e uma categoria - saúde e corpo - que expressa a autopercepção corporal. Ambas as categorias emergiram nas entrevistas pré e pós-intervenção, porém com sentidos e significados diferentes, que compuseram as subcategorias, as quais são exibidas no Quadro 2 e são apresentadas na sequência com trechos de falas para a exemplificação.

Quadro 2 - Categorias e subcategorias da autopercepção alimentar e corporal dos participantes do grupo educativo de alimentação e nutrição.

Autopercepção	Categorias	Subcategorias	
		Pré-intervenção	Pós-intervenção
Alimentar	Cognitivo	Alimentação e processo saúde-doença (n7) Dicotomia da alimentação (n5) Determinante do comportamento alimentar (n3) Ambivalência na alimentação (n3)	Aprendizado de alimentação (n5) Dicotomia da Alimentação (n4) Valorização da informação (n4)
	Afetiva	Sentimentos e emoções (n6) Valorização da alimentação (n1)	Autoeficácia (n6)
	Sensorial	Hábito alimentar (n5) Percepção de fome e saciedade (n3) Alimentação e fases da vida (n2)	Percepção de fome e saciedade (n2)
	Habilidade	Escolhas e mudanças alimentares (n5) Habilidade culinária (n3)	Mudanças na alimentação (n6) Reflexão-decisão (n4) Multiplicador (n3) Sem mudanças na alimentação (n2) Habilidade culinária (n1)
Corporal	Saúde e Corpo	Relação afetiva com o corpo (n8) Corpo e fases de vida (n8) Corpo funcional (n3) Corpo e estética (n2)	Melhoria na saúde (n5)

n = número de participantes que contribuíram com a subcategoria.

## Autopercepção alimentar

Em relação ao cognitivo, as subcategorias destacadas na pré-intervenção foram a 'alimentação e processo saúde-doença' e a 'dicotomia da alimentação'. A primeira

mostra que os participantes reconheciam a influência das escolhas alimentares no processo saúde-doença:

*“Eu sei que não vai me fazer muito bem, por conta que eu tenho um negócio diabetes e eu sempre falo que o arroz não dá, mas a comida que eu mais gosto é o arroz, entendeu? A comida que eu mais gosto” (P18).*

A segunda está relacionada com a percepção da alimentação como certa ou errada:

*“Porque a gente é meio ignorante em tudo né? A gente faz tudo errado, alimentação, tudo, a gente acha que está certo, mas na verdade está tudo errado. A gente come alguma coisa que não devia, na hora que não devia, então a gente tem que ter orientação para gente fazer a coisa certa né? Então eu estou aqui para isso, para aprender com vocês” (P14).*

Na pós-intervenção foi verificado o realce do aprendizado de alimentação’ e ‘valorização da informação’, adquiridos por meio da intervenção, exibidos respectivamente:

*“Ah, o que me marcou/ que fez eu aprender bastante aqui foi a maneira da alimentação, como a gente alimenta como a gente aprende. Saber o que a gente está comendo, o que a gente está alimentando, porque muitas vezes a gente não sabia, a gente comprava um alimento porque ele é mais barato, ou a gente nem entendia o que era de marca” (P5).*

*“Gosto muito de encontros assim/ gosto de sair de casa, e de saber sobre alimentação, é muito bom isso [...]” (P15).*

Quanto à afetiva, na pré-intervenção a subcategoria de ‘sentimentos e emoções’ colaboraram fortemente para essa categoria. Os participantes relataram sentimentos relacionados aos alimentos como sensação de prazer, lembrança da juventude, felicidade, sofrimento e culpa:

*“Aí depois dá um sentimento de culpa, porque que eu comi, ((risos)) aí dá um sentimento de culpa, por quê que eu comi? Não podia ter comido, eu vou engordar, é o sentimento de culpa” (P17).*

Na pós-intervenção, emergiu apenas a subcategoria ‘autoeficácia’, que representa o sentimento de capacidade de mudança, fé e ânimo dos participantes:

*“Saber me alimentar bem. Pois estou passando por uma transição na alimentação, e o grupo me ajudou muito, e essa vontade de saber mais e*

*mais sobre a alimentação, me motivava bastante a vir, nossa gostava bastante. Amo saber sobre o modo certo de me alimentar [...] vou procurar muito manter, pois me abriu a mente, desconstruí muita coisa que a gente tem na mente. Aprendi a me alimentar, bem melhor. Vou levar para a vida” (P15).*

Sobre a categoria sensorial, na pré-intervenção a subcategoria destacada foi o ‘hábito alimentar’ na qual os participantes referiram que suas escolhas alimentares estão ligadas ao hábito construído, à formação de paladar e à alimentação automatizada:

*“[...] você pensa em coisa saudável mas você “saudável é ruim, não tem gosto”, vamos supor eu não gosto, eu vejo programas de culinária, é brócolis é couve flor [...], cada receita maravilhosa, mas eu não consigo comer, acho aquilo horrível ((risos)), meu pai come, só cozido na água e sal, eu já não consigo comer, acho que tem um gosto horrível. Aí fala assim: você quer um brócolis ou um nugget? Eu prefiro o nugget, fritura aquela coisa industrializada, aí fica um duelo e você prefere comer a coisa gostosa, mas não saudável, em vez de comer o saudável que você acha que é ruim [...]” (P17).*

Na pós-intervenção houve apenas a identificação da subcategoria ‘percepção de fome e saciedade’ na qual os participantes relataram a percepção para os sinais do corpo:

*“Eu passei a comer menos, que nem, se eu comia um pão eu não como um pão, se eu comia vez uma fruta e meia eu não como mais, eu como só uma fruta. E me sustenta, sabe? Se eu como só aveia não como outra coisa, porque ela me sustenta! Então quer dizer que foi bom pra mim” (P13).*

No que se refere à habilidade na pré-intervenção a subcategoria ‘habilidade culinária’ mostra que os participantes exerciam habilidades culinárias, que influenciavam sua alimentação:

*“É, assim, eu vou falar assim, hoje eu vou comer uma couve, vou lá e compro e faço, hoje eu vou comer uma alface, eu vou lá e compro e faço, é assim que, um arrozinho soltinho, um anguzinho” (P9).*

Na pós-intervenção, destacaram as subcategorias ‘mudanças na alimentação’, ‘reflexão-decisão’ e ‘multiplicador’. A primeira foi reconhecida pelas mudanças

alimentares relatadas: maior consumo de verduras, maior variedade de alimentos, redução no consumo em quantidade e de gorduras, de temperos prontos, de lanches e de produtos ultraprocessados:

*“[...] eu não comia sem farinha de jeito nenhum, qualquer coisa que eu tinha de comer tinha que montar um montão de farinha, outra hora fazia um angu, comia também com aquele tempero tudo assim, misturado, aquele tanto de coisa, aquele pratão/ então eu aprendi a tirar. Por exemplo, se eu como assim, coloco um pouquinho de arroz, um pouquinho de feijão, mais verdura, o chuchu, que eu gosto muito de fazer, chuchu, abobrinha nova, saladinha de tomate, pimentão, cebola. Eu não tinha esse hábito de comer essas coisas, então eu aprendi tudo isso, assim, comer a maçã assim, ou dez horas, nove horas [...]” (P18).*

A segunda, ‘reflexão-decisão’, exhibe as mudanças de pensamento sobre a alimentação, a negociação quanto à tomada de decisão e as lembranças do que foi abordado no grupo:

*“[...] ultraprocessados né, e a gente já tem já um/ na hora que você chega, você já dá uma freada em cima daquilo ali, opa, isso aqui não é interessante para mim, para minha idade, para minha alimentação/, isso não é interessante, então a gente já dá uma freadinha, foi muito bom nisso também” (P11).*

Já na terceira, ‘multiplicador,’ revela como os participantes envolveram a família no processo de mudança:

*“[...] hoje eu gosto de olhar onde estão as verduras, os legumes que fazem bem à saúde minha e dele e de toda a minha família também, que o que eu aprendi que eu passo tudo para eles [...]” (P5).*

### **Autopercepção corporal**

Na pré-intervenção na categoria saúde e corpo foram identificadas as subcategorias ‘relação afetiva com o corpo’, ‘corpo e fases da vida’, ‘corpo funcional’ e ‘corpo e estética’. A primeira demonstra como os participantes relacionavam o corpo com sentimento de tristeza, incômodo, conformação desânimo, felicidade ou insatisfação:

*“Não sinto bem ((quando vejo meu corpo)). Eu me sinto triste as vezes” (P8).*

A segunda reflete a associação dos participantes entre o ganho de peso e o envelhecimento, gravidez, casamento e lutas da vida:

*“Quando eu era mais jovem eu era bem magrinha, bem mesmo. Aí passando o tempo a gente vai envelhecendo e vai assim engordando né, ganhando mais peso” (P13).*

Na subcategoria ‘corpo funcional’ foi verificado o corpo como barreira para os participantes realizarem o trabalho e atividades do dia a dia:

*“[...] o aumento de peso, eu estava com muita dificuldade para dormir, e a respiração ficava difícil para dormir, difícil para você abaixar, para você fazer uma faxina, aí o joelho vai piorando, é tudo. Então a obesidade é muito difícil [...]” (P15).*

A subcategoria ‘corpo e estética’ reflete a relação dos participantes com a imagem do corpo frente ao espelho e o uso de roupas adequadas:

*“[...] eu preciso ter um corpo mais enxuto, esteticamente também é interessante né, a gente colocar uma camisa, uma camisa que encaixa certinho no corpo. Eu falo que as fábricas não estão fazendo o que eu quero, nunca a roupa está dando certo em mim, as calças jeans hoje, a gente já usa essas meio stretch, aquela encaixa certinho. Então eu preciso disso, a gente precisa de ter, de ter uma parte estética e também fisicamente né, estar mais atento” (P11).*

Após a intervenção, a subcategoria identificada foi apenas a ‘melhoria na saúde’:

*“É, a minha saúde, eu percebi que ela, que nem, a diabetes, a diabetes sempre eu controlo ela bem baixa, por que tem vez/ que ela está até 80, até o médico passa receita pra mim, ele falou assim: “você não precisa tomar outro remédio não, por que você controla, você está controlando!” [...]” (P13).*

## DISCUSSÃO

O presente estudo exibiu a autopercepção alimentar e corporal de indivíduos que participaram de uma intervenção em grupo, baseada nos pressupostos da EAN e no princípio da promoção da prática autônoma e voluntária de hábitos alimentares saudáveis.

Dos 27 participantes iniciais, 11 permaneceram até o final do grupo e apresentavam idade mais avançada, eram aposentadas e viúvas, além de referirem doenças e uso de medicamentos, apontando para um grupo de vulnerabilidade social e de saúde. É comum a população idosa frequentar em maior número espaços sociais, como os grupos oferecidos pelos serviços da Atenção Primária à Saúde<sup>12</sup>, sendo a maior faixa etária associada ao retorno do indivíduo no atendimento nutricional<sup>15</sup>. Isso se deve ao fato de as atividades realizadas nesses espaços proporcionarem apoio social necessário ao envelhecimento ativo para o cuidado da população idosa<sup>16</sup>. Além disso, os grupos geram vínculos por meio do diálogo e permitem a participação ativa dos indivíduos, suprimindo suas necessidades afetivas e sociais<sup>17,18</sup>.

A baixa adesão da população às ações educativas é um desafio presente nos serviços de saúde, e segundo estudiosos ela está relacionada com a falta de tempo dos usuários, desmotivação e não atendimento as expectativas dos indivíduos, falta de identificação do tratamento, falta de desejo de mudar e descrédito na educação em saúde<sup>15,19,20</sup>. Acredita-se que a mudança no perfil do grupo ao final, com permanência dos participantes mais velhos e aposentados indica que, apesar da realização de um diagnóstico inicial e do planejamento conforme o perfil do grupo, o trabalho tenha sido o principal fator para a perda de participantes. Isso mostra a necessidade de oferecer ações e serviços em horários alternativos para atender a população trabalhadora e possivelmente aumentar a adesão.

Na pré-intervenção, foi revelado como os participantes tinham a percepção da alimentação dicotomizada entre o que é certo e o que é errado, o que pode comprometer a busca por uma alimentação balanceada, pois traz um entendimento de exclusão dos alimentos considerados incorretos e uma sensação de que a alimentação saudável esteja distante da realidade. A percepção enraizada da alimentação certa versus errada dos participantes pode ainda estar relacionada às experiências anteriores em serviços de saúde, nos quais profissionais, muitas vezes por despreparo, preconizam a exclusão de determinados alimentos em detrimento de uma orientação mais ampliada<sup>6</sup>.

Compreende-se que o consumo alimentar não está envolvido apenas com um alimento ou refeição, ele é influenciado pelo contexto em que o indivíduo está inserido e vai depender de fatores como: renda, faixa etária, região, cultura, relações sociais, valores e história de vida, preferências e aversões alimentares, entre outros. Assim, cabe ao profissional orientar que nenhum alimento ou tipo de alimento será

isoladamente prejudicial à saúde, e sim que ela é dependente de escolhas em longo prazo. Ademais, o profissional deve ter uma abordagem de modo que valorize o ser humano para além da condição biológica, reconhecendo toda a sua essência<sup>21,22</sup>. A abordagem, de diálogo, integração, problematização e reflexão, utilizada no grupo estudado pode ter contribuído para a desconstrução da percepção dicotômica da alimentação pelos participantes, como verificada nos resultados pós-intervenção. Como também, a discussão construída nas dinâmicas dos temas ‘mitos e verdades sobre a alimentação’, ‘café da manhã e pequenos lanches’ e ‘almoço e jantar’, possibilitou aos participantes a perceber que todos os alimentos podem fazer parte de uma alimentação considerada saudável.

A dimensão da habilidade culinária foi encontrada no estudo antes da intervenção, sendo reforçado pela mesma, por meio de degustações e compartilhamento de receitas no grupo, indo ao encontro da recomendação da transmissão e do fortalecimento dessa habilidade entre as gerações. Destaca-se que a habilidade culinária é um grande incentivador para a alimentação adequada e saudável, pois ela distancia o consumo de alimentos ultraprocessados, dando espaço para os alimentos in natura e minimamente processados<sup>4</sup>.

No tocante ao comportamento alimentar, observou-se que antes da intervenção os participantes, na percepção alimentar, tinham uma bagagem de histórias vivenciadas e alguns conceitos de alimentação definidos por eles e que, após a intervenção, houve mudança na forma de se alimentar, com aprendizado e gratidão sobre o conhecimento adquirido no grupo. O comportamento é condicionado por aspectos do contexto, do sujeito em si e do pensamento construído ao longo da vida, mas é também modificável por meio da construção de novos sentidos de vivenciar o comer<sup>23,24</sup>. Assim, acredita-se que os temas abordados na intervenção, com ações de reflexão e de estímulo para uma alimentação adequada e saudável são formas de criação de mudanças alimentares<sup>25</sup>, sendo as encontradas nesse estudo mudanças relativas à maior variedade, maior consumo de alimentos in natura e menor de ultraprocessados.

As subcategorias surgidas após a intervenção mostram a existência de atenção dos participantes para com a alimentação. Isso é positivo visto que às práticas alimentares são reproduzidas diariamente, em diferentes contextos ou situações ao longo do dia, o que produz o automatismo do ato<sup>24,26</sup>, e conseqüentemente a não atenção pelas escolhas alimentares.

A percepção corporal verificada na pré-intervenção deste estudo exibiu insatisfação dos participantes devido ao peso corporal. Estudiosos afirmam que isso pode ser influenciado pelo padrão socialmente divulgado, no qual a mulher deve apresentar um corpo esbelto e os homens um corpo atlético e musculoso e ao estado geral de saúde. À vista disso, os mesmos sugerem um aprofundamento sobre os significados e determinantes dessa insatisfação<sup>7,28,29</sup>, para que esses fatores sejam incluídos na intervenção. No grupo educativo investigado realizou-se essa identificação no diagnóstico e sua inclusão, sobretudo no último encontro. Considera-se que a reflexão e a problematização da relação entre o corpo e a alimentação e saúde dos participantes, trabalhado especialmente no tema 'autoestima' possa favorecer a reconstrução dessa percepção e relação, já que pensamentos negativos focados no corpo podem levar a uma baixa autoestima e preocupações sobre a sua forma, favorecendo a busca por restrições alimentares<sup>30</sup>.

Na pós-intervenção, a categoria saúde e corpo revelou como os participantes perceberam melhoria na saúde. Pesquisas que investigam os efeitos de abordagens interventivas de promoção de saúde em grupos verificaram nos participantes a percepção da melhora em indicadores de saúde e qualidade de vida, com diminuição de dores, de uso de medicamentos e com avanço da autoestima<sup>31,32</sup>. Isso assegura a ideia de que a EAN baseada em ações coletivas pode contribuir com a melhoria na alimentação e saúde<sup>19,33</sup>, quando é inserida a percepção corporal, prevenindo, assim, distorções alimentares causadas pela insatisfação da imagem corporal<sup>34</sup>.

No grupo educativo, não houve mudança no estado nutricional dos participantes com a intervenção, mas verificou-se modificação na percepção da alimentação e do corpo, o que pode ter contribuído para a produção de melhores escolhas alimentares pelos participantes. Porém, corrobora-se com Lores et al.<sup>35</sup> que melhorar a percepção sobre o corpo, e por conseguinte o estado nutricional, é um processo longo, necessitando de intervenções de duração prolongada., sendo essa uma limitação do presente estudo.

Ulian et al.<sup>36</sup> referem que intervenções de EAN que não enfatizam a prescrição nutricional e sim o incentivo da autovalorização impactam na qualidade de vida e na percepção da imagem corporal dos indivíduos, independentemente de alterações antropométricas. Demenech e Bernardes<sup>37</sup> salientam que intervenção nutricional com metas alimentares têm apresentado resultados positivos na perda ponderal e manutenção do peso perdido em indivíduos com excesso de peso, possibilitando

indicar que as melhorias nas escolhas alimentares dos participantes do grupo podem em longo prazo gerar mudanças antropométricas.

O planejamento e desenvolvimento dos encontros a partir de um diagnóstico possibilitou a adequação de temas e de estratégias educativas apropriados para a necessidade e perfil do grupo e favoreceu a construção de metas combinadas de forma realista e coletiva com vistas ao aprendizado, o envolvimento da família na mudança e o pensamento crítico dos participantes. Dessa forma, sugere que a intervenção de EAN quando desenvolvida a partir do diálogo e de informação confiável que respeite a cultura alimentar de modo que fortaleça o empoderamento e a autonomia dos indivíduos em longo prazo, para que se tornem agentes de sua própria saúde e transformem o local onde vivem<sup>25</sup>.

Um modelo para complementar as intervenções de EAN que tratam o comportamento alimentar é o modelo transteórico, que é uma teoria que trabalha com prontidão do indivíduo para um novo comportamento. Segundo sua concepção teórica, as alterações ocorrem em cinco estágios, no qual cada estágio representa quando a mudança ocorre e qual é o grau de motivação do indivíduo para realizá-la<sup>38</sup>. Bevilacqua et al.<sup>25</sup> indicam que abordar a autopercepção com indivíduo que se encontra nos estágios de pré-contemplação, em que ele não reconhece que tem um problema, e contemplação, no qual o problema é reconhecido, mas ele tem sentimentos ambivalentes sobre o mudar, pode ser uma maneira de sensibilizá-lo para a mudança de estágio. Posto isso, entende-se que o profissional, por meio da problematização da percepção, pode conduzir um grupo ao processo de mudança.

Neste estudo, aponta-se que a intervenção coletiva quando planejada nos pressupostos da EAN tende a gerar resultados positivos na percepção alimentar e corporal, e, conseqüentemente, nas escolhas alimentares dos participantes. Assim, pondera-se que o efeito de um grupo de EAN é potencializado pela interação, relação da horizontalidade e proximidade entre todos os envolvidos, sendo consequência do referencial teórico de EAN adotado pelos profissionais<sup>9</sup>. Sugere-se que uma maneira de ampliar o 'olhar' para o grupo pode ser desenvolvida pela análise de depoimentos dos participantes antes da intervenção, pois os profissionais ampliam a compreensão dos sentidos e significados que alimentação e o corpo possuem para eles, beneficiando a intervenção.

## CONCLUSÃO

Esse estudo mostra que a percepção das escolhas alimentares e da imagem corporal de participantes de um grupo educativo permeia o ideário sociocultural internalizado e divulgado, como a alimentação dicotomizada e o corpo jovem e magro, e que uma intervenção de EAN pode contribuir para a desconstrução desse paradigma.

Argumenta-se que essa desconstrução pode ser favorecida pela inclusão da percepção dos participantes na ação, propiciando a construção de novos sentidos da relação com a alimentação e com o corpo e, assim, a descoberta de novas possibilidades de escolhas e de comportamentos alimentares.

Destaca-se a importância do planejamento das intervenções de EAN e da inserção dos aspectos do comportamento alimentar, sendo eles cognitivo, afetivo, sensorial e habilidade; e da percepção corporal, saúde e corpo, na abordagem educativa do nutricionista e demais profissionais da saúde. Essa inserção necessita de uma abordagem dialógica, ativa e problematizadora, o que vai ao encontro das recomendações atuais da EAN.

Sugere-se a realização de outros estudos, especialmente estudos qualitativos, que analisem a adesão de grupos por meio do perfil dos participantes e a condução de grupos a longo prazo, sendo esses fundamentais para o aperfeiçoamento de ações coletivas de EAN.

## Agradecimentos

Aos alunos do Núcleo de Pessoas da Pessoa Idosas pela coleta e transcrição dos dados e ao Centro Social Itaka Escolápios pelo apoio e espaço de realização do projeto.

## REFERÊNCIAS

1. Ministério de Desenvolvimento Social e Combate à Fome (BR), Secretaria Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional. Marco de referência de educação alimentar e nutricional para as políticas públicas. Brasília (DF); 2012.
2. Boog MCF. Educação em nutrição: integrando experiências. Campinas, (SP): Komed; 2014.
3. Boog MCF. Educação Alimentar e Nutricional: Para Além de uma disciplina. In: Diez-Garcia RW, Cervato-Mancuso AM, coordenadores. Mudanças alimentares e educação alimentar e nutricional. 2 ed. Rio de Janeiro (RJ): Guanabara Koogan; 2017. p. 63-70.

4. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Guia Alimentar para a População Brasileira. 2 ed. Brasília (DF); 2014.
5. Vincha KVV, Santiago DA, Campos EAL de, Pellegrinelli MLP. Prática educativa em grupo: respondendo inquietações. In: Diez-Garcia RW, Cervato-Mancuso AM, coordenadores. Mudanças alimentares e educação alimentar e nutricional. 2 ed. Rio de Janeiro (RJ): Guanabara Koogan; 2017, p. 318-326.
6. Rodrigues ÉM, Boog MCF. Problematização como estratégia de educação nutricional com adolescentes obesos. Cad. Saúde Pública. 2006; 22(5):923-931.
7. Macedo TTS de, Portela PP, Palamira CS, Mussi FCo. Percepção de pessoas obesas sobre seu corpo. Anna Nery. 2015;19(3): 505-510.
8. Machado DC, Sudo N, Hausen A, Pinto G. (2011). Imagem corporal de idosas que residem em uma instituição de longa permanência de Porto Alegre-RS. CERES: Nutr Saúde (Título não-corrente). 2011; 5(3):139-148. Disponível em <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/ceres/article/view/1944>
9. Vincha KRR. Grupos educativos de alimentação e nutrição: um cenário promotor da autonomia nas escolhas alimentares [tese]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo; 2017.
10. Lindemann IL, Reis NR, Mintem GC, Mendoza-Sassi RA. Autopercepção da saúde entre adultos e idosos usuários da Atenção Básica de Saúde. Ciênc. Saúde Colet. 2019;24(1):45-52.
11. Amon D. Psicologia social da comida. Petrópolis (RJ): Vozes; 2014.
12. França C de J, Carvalho VCH dos S de. Estratégias de educação alimentar e nutricional na Atenção Primária à Saúde: uma revisão de literatura. Saúde debate. 2017;41(114):932-948.
13. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Orientações para a coleta e análise de dados antropométricos em serviços de saúde: Norma Técnica do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional – SISVAN. 1 ed. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2011.
14. Bardin L. Análise do Conteúdo. 70ªed. Lisboa: Almedina; 2011.
15. Santos GC, Brito KJF, Pinho S de, Lopes WC, Pinho L de. Adesão às consultas de retorno em pacientes de ambulatório universitário de nutrição clínica. Rev Bras Obesidade, Nutr e Emagrecimento. 2018;12(76):1129-34. Disponível em <http://www.rbone.com.br/index.php/rbone/article/view/861/635>
16. Ferreira OGL, Maciel SC, Costa SMG, Silva AO, Moreira MASP. Envelhecimento ativo e sua relação com a independência funcional. Texto context enferm. 2012;21(3):513-518.
17. Nogueira ALG, Munari DB, Fortuna CM, Santos LF. Pistas para potencializar grupos na Atenção Primária à Saúde. Rev. Bras. Enferm. 2016;69(5):964-971.
18. Vincha KRR, Vieira VL, Guerra LD da S, Botelho FC, Pava-Cárdenas A, Cervato-Mancuso AM. “Então não tenho como dimensionar”: um retrato de grupos educativos em saúde na cidade de São Paulo, Brasil. Cad. Saúde Pública. 2017;33(9):e00037116.

19. Deus RM de, Mingoti SA, Jaime PC, Lopes ACS. Impacto de intervenção nutricional sobre o perfil alimentar e antropométrico de usuárias do Programa Academia da Saúde. *Ciênc. saúde colet.* 2015;20(6):1937-1946.
20. Moutinho CB, Almeida ER, Leite MT de S, Vieira MA. Dificuldades, desafios e superações sobre educação em saúde na visão de enfermeiros de saúde da família. *Trab Educ e Saúde.* 2014;12(2):253-72.
21. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Política Nacional e Alimentação e Nutrição. Brasília (DF); 2012.
22. American Dietetic Association (EUA). Position of the American Dietetic Association: Total Diet Approach to Communicating Food and Nutrition Information. *J Am Diet Assoc.* 2007;107(7):1224-32.
23. Klotz-Silva J, Prado SD, Seixas CM. Alimentação e Nutrição: Do que estamos falando? *Physis.* 2016;26(4):1103-23.
24. Freitas M do C s de, Pena PGL, Fontes GAV, Silva DO. Hábitos Alimentares e os Sentidos do Comer. In: Diez-Garcia RW, Cervato-Mancuso AM, coordenadores. Mudanças alimentares e educação alimentar e nutricional. 2 ed. Rio de Janeiro (RJ): Guanabara Koogan; 2017, p. 17-25.
25. Bevilaqua CA, Pelloso SM, Marcon SS. Stages of change of behavior in women on a multi-professional program for treatment of obesity. *Rev Lat Am Enfermagem.* 2016;24:e2809.
26. Diez-Garcia RW. Mudanças Alimentares e Educação Alimentar e Nutricional. In: Diez-Garcia RW, Cervato-Mancuso AM, coordenadores. Mudanças alimentares e educação alimentar e nutricional. 2 ed. Rio de Janeiro (RJ): Guanabara Koogan; 2017, p. 3-16.
27. Ministério da Saúde (BR). Desmistificando dúvidas sobre alimentação e nutrição: apoio para profissionais de saúde. Brasília (DF); 2016.
28. Ferreira AA, Menezes MFG, Tavares EL, Nunes NC, Souza FP de, Albuquerque NAF et al. Estado nutricional e autopercepção da imagem corporal de idosas de uma Universidade Aberta da Terceira Idade. *Rev. bras. geriatr. gerontol.* 2014; 17(2):289-301.
29. Menezes TN de, Brito KQD, Oliveira ECT, Pedraza DF. Percepção da imagem corporal e fatores associados em idosos residentes em município do nordeste brasileiro: um estudo populacional. *Ciênc. saúde colet.* 2014;19(8):3451-3460.
30. Sarf LD, Clerkin EM, Teachman BA, Smith AR. Do thoughts about dieting matter? Testing the relationship between thoughts about dieting, body shape concerns, and state self-esteem. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry.* 2019. 62:7-14.
31. Friedrich TL, Petermann XB, Miolo SB, Pivetta JMF. Motivações para práticas coletivas na Atenção Básica: percepção de usuários e profissionais. *Interface (Botucatu).* 2018; 22(65):373-85.
32. Fernandes ETP, Souza MN de Lima, Rodrigues SM. Práticas de grupo do Núcleo de Apoio à Saúde da Família: perspectiva do usuário. *Physis.* 2019;29(1):e290115.
33. Silva TAP e, Quintão DF. Estratégias de educação nutricional nos grupos do projeto "De bem com a balança" de quatro Unidades Básicas de Saúde do município de Muriá-MG. *Rev Bras Obesidade, Nutri e*

emagrecimento.2014;8(43):16-23. Disponível em <http://www.rbone.com.br/index.php/rbone/article/view/392>

34. Fernandes ACCF, Silva ALS da, Medeiros KF, Queiroz N, Melo LMM. Avaliação da auto-imagem corporal e o comportamento alimentar de mulheres. RBNE. 2017;11(63):252-8. Disponível em <http://www.rbne.com.br/index.php/rbne/article/view/774/629>
35. Lores T et al. Pilot trial of a group cognitive behavioural therapy program for comorbid depression and obesity. BMC Psychol. 2020; 8; 34.
36. Ulian MD, Gualano B, Benatti FB, de Campos-Ferraz PL, Coelho D, Roble OJ et al. *The design and rationale of an interdisciplinary, non-prescriptive, and Health at Every Size®-based clinical trial: The "Health and Wellness in Obesity" study*. Nutr Health.2017;23(4):261-30.
37. Demenech MC, Bernardes S. Metas alimentares versus dieta: qual oferece melhores resultados em pacientes com excesso de peso? Rasbran. 2017;8(1): 26-30. Disponível em <https://www.rasbran.com.br/rasbran/article/view/466/154>
38. Dunker KLL, Alvarenga M, Timerman D, Vicente Jr. C, Teixeira P. Fundamentos e técnicas da entrevista motivacional para Nutrição. In: Alvarenga M, Figueiredo M, Timerman F, Antonaccio C, coordenadores. Nutrição Comportamental. 2ed. Barueri (SP): Manole, 2019. p. 201-225.

Submissão: 18/05/2020

Aprovação: 01/03/2022