



Uma Visão Ampliada da Obesidade:

Reflexões sobre o Cuidado na Atenção Básica

VOLUME 2

Nathália Paula de Souza
Juliana Souza Oliveira
Gabriella Carrilho Lins de Andrade
Vanessa Sá Leal
Pedro Israel Cabral de Lira
(Organizadores)

Atena
Editora

Ano 2021



Uma Visão Ampliada da Obesidade:

Reflexões sobre o Cuidado na Atenção Básica

VOLUME 2

Nathália Paula de Souza
Juliana Souza Oliveira
Gabriella Carrilho Lins de Andrade
Vanessa Sá Leal
Pedro Israel Cabral de Lira
(Organizadores)

Atena
Editora

Ano 2021

Editora chefe
Profª Drª Antonella Carvalho de Oliveira

Assistentes editoriais
Natalia Oliveira
Flávia Roberta Barão

Bibliotecária
Janaina Ramos

Projeto gráfico
Natália Sandrini de Azevedo
Camila Alves de Cremona

Luiza Alves Batista
Maria Alice Pinheiro

2021 by Atena Editora

Imagens da capa
iStock

Copyright © Atena Editora

Copyright do Texto © 2021 Os autores

Edição de Arte

Copyright da Edição © 2021 Atena Editora

Luiza Alves Batista

Direitos para esta edição cedidos à Atena Editora pelos autores.

Revisão

Os Autores

Open access publication by Atena Editora



Todo o conteúdo deste livro está licenciado sob uma Licença de Atribuição *Creative Commons*. Atribuição-Não-Comercial-NãoDerivativos 4.0 Internacional (CC BY-NC-ND 4.0).

O conteúdo dos artigos e seus dados em sua forma, correção e confiabilidade são de responsabilidade exclusiva dos autores, inclusive não representam necessariamente a posição oficial da Atena Editora. Permitido o *download* da obra e o compartilhamento desde que sejam atribuídos créditos aos autores, mas sem a possibilidade de alterá-la de nenhuma forma ou utilizá-la para fins comerciais.

Todos os manuscritos foram previamente submetidos à avaliação cega pelos pares, membros do Conselho Editorial desta Editora, tendo sido aprovados para a publicação com base em critérios de neutralidade e imparcialidade acadêmica.

A Atena Editora é comprometida em garantir a integridade editorial em todas as etapas do processo de publicação, evitando plágio, dados ou resultados fraudulentos e impedindo que interesses financeiros comprometam os padrões éticos da publicação. Situações suspeitas de má conduta científica serão investigadas sob o mais alto padrão de rigor acadêmico e ético.

Conselho Editorial

Ciências Biológicas e da Saúde

Prof. Dr. André Ribeiro da Silva – Universidade de Brasília

Profª Drª Anelise Levay Murari – Universidade Federal de Pelotas

Prof. Dr. Benedito Rodrigues da Silva Neto – Universidade Federal de Goiás

Profª Drª Daniela Reis Joaquim de Freitas – Universidade Federal do Piauí

Profª Drª Débora Luana Ribeiro Pessoa – Universidade Federal do Maranhão

Prof. Dr. Douglas Siqueira de Almeida Chaves – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro

Prof. Dr. Edson da Silva – Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri

Profª Drª Elizabeth Cordeiro Fernandes – Faculdade Integrada Medicina

Profª Drª Eleuza Rodrigues Machado – Faculdade Anhanguera de Brasília

Profª Drª Elane Schwinden Prudêncio – Universidade Federal de Santa Catarina
Prof. Dr. Ferlando Lima Santos – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia
Profª Drª Fernanda Miguel de Andrade – Universidade Federal de Pernambuco
Prof. Dr. Fernando Mendes – Instituto Politécnico de Coimbra – Escola Superior de Saúde de Coimbra
Profª Drª Gabriela Vieira do Amaral – Universidade de Vassouras
Prof. Dr. Gianfábio Pimentel Franco – Universidade Federal de Santa Maria
Prof. Dr. Helio Franklin Rodrigues de Almeida – Universidade Federal de Rondônia
Profª Drª Iara Lúcia Tescarollo – Universidade São Francisco
Prof. Dr. Igor Luiz Vieira de Lima Santos – Universidade Federal de Campina Grande
Prof. Dr. Jefferson Thiago Souza – Universidade Estadual do Ceará
Prof. Dr. Jesus Rodrigues Lemos – Universidade Federal do Piauí
Prof. Dr. Jônatas de França Barros – Universidade Federal do Rio Grande do Norte
Prof. Dr. José Max Barbosa de Oliveira Junior – Universidade Federal do Oeste do Pará
Prof. Dr. Luís Paulo Souza e Souza – Universidade Federal do Amazonas
Profª Drª Magnólia de Araújo Campos – Universidade Federal de Campina Grande
Prof. Dr. Marcus Fernando da Silva Praxedes – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia
Profª Drª Maria Tatiane Gonçalves Sá – Universidade do Estado do Pará
Profª Drª Mylena Andréa Oliveira Torres – Universidade Ceuma
Profª Drª Natiéli Piovesan – Instituto Federaci do Rio Grande do Norte
Prof. Dr. Paulo Inada – Universidade Estadual de Maringá
Prof. Dr. Rafael Henrique Silva – Hospital Universitário da Universidade Federal da Grande Dourados
Profª Drª Regiane Luz Carvalho – Centro Universitário das Faculdades Associadas de Ensino
Profª Drª Renata Mendes de Freitas – Universidade Federal de Juiz de Fora
Profª Drª Vanessa da Fontoura Custódio Monteiro – Universidade do Vale do Sapucaí
Profª Drª Vanessa Lima Gonçalves – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Profª Drª Vanessa Bordin Viera – Universidade Federal de Campina Grande
Profª Drª Welma Emidio da Silva – Universidade Federal Rural de Pernambuco

Instituição Executora

Universidade Federal de Pernambuco

Centro de Ciências da Saúde (CSS/UFPE)

Departamento de Nutrição

Endereço: Av. da Engenharia, Cidade Universitária, Recife - PE,

CEP: 50670-420

Telefone: (81) 2126- 8474

E-mail: chefianutricao@ufpe.br

Site: <https://www.ufpe.br/dep-nutricao>

Centro Acadêmico de Vitória (CAV/UFPE)

Núcleo de Nutrição

Endereço: R. Alto do Reservatório, S/n – Bela Vista, Vitória de Santo Antão - PE,

CEP: 55608-680

Telefone: (81) 3114-4101

E-mail: diretoriacav.ufpe@gmail.com

Site: <https://www.ufpe.br/cav>

Apoio

Ministério da Saúde

Coordenação Geral de Alimentação e Nutrição - CGAN

Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico – CNPq

Chamada CNPq/MS/SAS/DAB/CGAN Nº 26/2018

Coordenação Geral do projeto ECOASUS-PE

Pedro Israel Cabral de Lira

Coordenação Técnico-Pedagógica

Nathália Paula de Souza

Vanessa Sá Leal

Revisão de Conteúdo Amanda Tayná Tavares de Figueiredo
Gabriella Carrilho Lins de Andrade
Catarine Santos da Silva

Revisão Ortográfica Giane da Paz

Designer Instrucional David Carlos Pereira da Cunha
Gabriel Soares de Vasconcelos

Designer Gráfico Amanda da Costa Beltrão
Haíra Menezes Lopes

Ilustrações Maycon Douglas Paixão Xavier

Assessoria de Comunicação Laryssa Rebeca de Souza Melo

Organizadores: Nathália Paula de Souza
Juliana Souza Oliveira
Gabriella Carrilho Lins de Andrade
Vanessa Sá Leal
Pedro Israel Cabral de Lira

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

V822 Uma visão ampliada da obesidade: reflexões sobre o cuidado na atenção básica 2 / Organizadoras Nathália Paula de Souza, Juliana Souza Oliveira, Gabriella Carrilho Lins de Andrade, et al. – Ponta Grossa - PR: Atena, 2021.

Outros organizadores
Vanessa Sá Leal
Pedro Israel Cabral de Lira

Formato: PDF
Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader
Modo de acesso: World Wide Web
Inclui bibliografia
ISBN 978-65-5983-401-3
DOI: <https://doi.org/10.22533/at.ed.013211008>

1. Obesidade. 2. Promoção da Saúde. 3. Cuidado. 4. Atenção Básica. I. Souza, Nathália Paula de (Organizadora). II. Oliveira, Juliana Souza (Organizadora). III. Andrade, Gabriella Carrilho Lins de (Organizadora). IV. Título.
CDD 616.398

Elaborado por Bibliotecária Janaina Ramos – CRB-8/9166

DECLARAÇÃO DOS AUTORES

Os autores desta obra: 1. Atestam não possuir qualquer interesse comercial que constitua um conflito de interesses em relação ao artigo científico publicado; 2. Declaram que participaram ativamente da construção dos respectivos manuscritos, preferencialmente na: a) Concepção do estudo, e/ou aquisição de dados, e/ou análise e interpretação de dados; b) Elaboração do artigo ou revisão com vistas a tornar o material intelectualmente relevante; c) Aprovação final do manuscrito para submissão.; 3. Certificam que os artigos científicos publicados estão completamente isentos de dados e/ou resultados fraudulentos; 4. Confirmam a citação e a referência correta de todos os dados e de interpretações de dados de outras pesquisas; 5. Reconhecem terem informado todas as fontes de financiamento recebidas para a consecução da pesquisa; 6. Autorizam a edição da obra, que incluem os registros de ficha catalográfica, ISBN, DOI e demais indexadores, projeto visual e criação de capa, diagramação de miolo, assim como lançamento e divulgação da mesma conforme critérios da Atena Editora.

DECLARAÇÃO DA EDITORA

A Atena Editora declara, para os devidos fins de direito, que: 1. A presente publicação constitui apenas transferência temporária dos direitos autorais, direito sobre a publicação, inclusive não constitui responsabilidade solidária na criação dos manuscritos publicados, nos termos previstos na Lei sobre direitos autorais (Lei 9610/98), no art. 184 do Código penal e no art. 927 do Código Civil; 2. Autoriza e incentiva os autores a assinarem contratos com repositórios institucionais, com fins exclusivos de divulgação da obra, desde que com o devido reconhecimento de autoria e edição e sem qualquer finalidade comercial; 3. Todos os e-book são *open access*, *desta forma* não os comercializa em seu site, sites parceiros, plataformas de *e-commerce*, ou qualquer outro meio virtual ou físico, portanto, está isenta de repasses de direitos autorais aos autores; 4. Todos os membros do conselho editorial são doutores e vinculados a instituições de ensino superior públicas, conforme recomendação da CAPES para obtenção do Qualis livro; 5. Não cede, comercializa ou autoriza a utilização dos nomes e e-mails dos autores, bem como nenhum outro dado dos mesmos, para qualquer finalidade que não o escopo da divulgação desta obra.

Autores



Adriana Marcela Ruiz Pineda

Nutricionista, mestre em nutrição e alimentação pela Universidade de Antioquia - Colômbia - e doutoranda em Nutrição pela Universidade Federal de Pernambuco (UFPE). Professora de nutrição, na área de saúde pública, da Universidade de Antioquia, Colômbia.



Adrielly Araújo de Oliveira

Nutricionista, especialista na modalidade Residência em Saúde da Família pelo Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira (IMIP); Mestranda em Nutrição pela Universidade Federal de Pernambuco (UFPE).



Amanda Tayná Tavares de Figueiredo

Mestre em nutrição pela Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), com especialização em Saúde da Família pelo Programa de Residência Multiprofissional em Atenção Básica do Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira (IMIP/PE). Atuação profissional com ênfase em Saúde Pública e Segurança Alimentar e Nutricional.



Ana Célia Oliveira dos Santos

Nutricionista, mestre em Nutrição e doutora em Ciências Biológicas pela Universidade Federal de Pernambuco (UFPE). Livre docente pela Universidade de Pernambuco (UPE). Professora Associada do Instituto de Ciências Biológicas da UPE.



Cácio da Silva Dantas Ribeiro

Bacharel em Educação Física, com especialização em Saúde da Família pelo Programa de Residência Multiprofissional de Interiorização de Atenção à Saúde, com ênfase em Saúde da Família, pela Universidade Federal de Pernambuco (UFPE). Atuação profissional e de pesquisa com ênfase em epidemiologia atividade física.



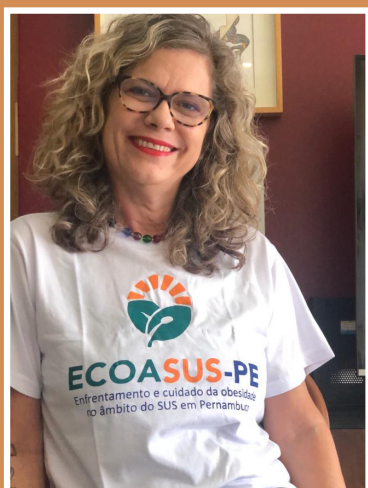
Catarine Santos da Silva

Nutricionista, mestre em Saúde da Criança e do Adolescente e doutora em Nutrição em Saúde Pública pela Universidade Federal de Pernambuco (UFPE). Professora adjunta do curso de nutrição, na área de saúde pública, da Universidade Federal do Rio Grande do Norte/Faculdade de Ciências da Saúde do Trairi (UFRN/FACISA).



Cybelle Rolim de Lima

Cybelle Rolim de Lima Nutricionista, mestre e doutora em Nutrição pelo Programa de Pós-graduação em Nutrição da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE); Professora Associada do Núcleo de Nutrição do Centro Acadêmico da Vitória (UFPE / CAV).



Eduarda Ângela Pessoa Cesse

Odontóloga, mestre e doutora em Ciências com concentração em Saúde Pública pelo Instituto Aggeu Magalhães/Fundação Oswaldo Cruz (IAM-Fiocruz/PE). Pesquisadora Titular em Saúde Pública e Docente do IAM-Fiocruz/PE.



Emília Chagas Costa

Nutricionista, mestre e doutora em Nutrição em Saúde Pública pela Universidade Federal de Pernambuco (UFPE). Professora adjunta do curso de educação física, na área de saúde pública, da Universidade Federal de Pernambuco/Centro Acadêmico de Vitória (UFPE/CAV).



Fabiana Cristina Lima da Silva Pastich Gonçalves

Nutricionista, mestre e doutora em saúde da criança e do adolescente pela Universidade Federal de Pernambuco (UFPE). Professora adjunta de nutrição da Universidade Federal de Pernambuco/Recife (UFPE/Recife).



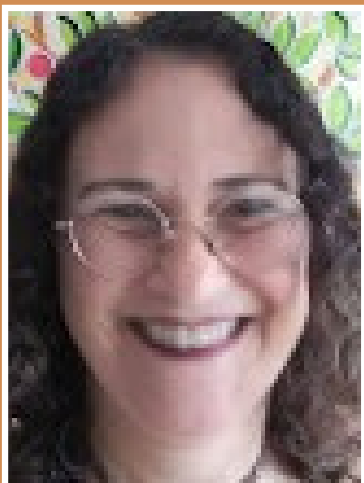
Fernanda Cristina de Lima Pinto Tavares

Nutricionista, mestre e doutora em Nutrição em Saúde Pública pela Universidade Federal de Pernambuco (UFPE). Professora Associada do Departamento de Nutrição da Universidade Federal de Pernambuco (CCS/UFPE).



Gabriella Carrilho Lins de Andrade

Nutricionista, mestre e doutoranda em saúde pública pela Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (Ensp/Fiocruz). Professora substituta de nutrição na área de saúde pública da Universidade Federal de Pernambuco/Centro Acadêmico de Vitória (UFPE/CAV).



Jailma Santos Monteiro

Nutricionista, mestre e doutora em Nutrição pela Universidade Federal de Pernambuco (UFPE). Professora Associada do Departamento de Nutrição da Universidade Federal de Pernambuco (CCS/UFPE).



Juliana Souza Oliveira

Nutricionista, doutora em nutrição em saúde pública pela Universidade Federal de Pernambuco (UFPE). Professora associada de nutrição na área de saúde pública da Universidade Federal de Pernambuco/Centro Acadêmico da Vitória (UFPE/CAV).



Leopoldina Augusta Souza Sequeira de Andrade

Nutricionista, doutora em Nutrição em Saúde Pública pela Universidade Federal de Pernambuco (UFPE). Professora do Departamento de Nutrição da Universidade Federal de Pernambuco (CCS/UFPE). Tutora no Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família do Centro de Ciências da Saúde da UFPE (CCS/UFPE).



Luciana Camêlo de Albuquerque

Luciana Gonçalves de Orange Nutricionista, doutora em Nutrição pelo Programa de Pós-graduação em Nutrição da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE); Pós-doutoranda em Saúde coletiva pela UNIFESP-SP; Professora Associada do Núcleo de Nutrição do Centro Acadêmico da Vitória (UFPE / CAV).



Luciana Gonçalves de Orange

Luciana Gonçalves de Orange Nutricionista, doutora em Nutrição pelo Programa de Pós-graduação em Nutrição da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE); Pós-doutoranda em Saúde coletiva pela UNIFESP-SP; Professora Associada do Núcleo de Nutrição do Centro Acadêmico da Vitória (UFPE / CAV).



Nathália Paula de Souza

Nutricionista, mestre em Nutrição em Saúde Pública pela Universidade Federal de Pernambuco (UFPE) e doutora em Ciências com concentração em Saúde Pública pelo Instituto Aggeu Magalhães/Fundação Oswaldo Cruz (IAM-Fiocruz/PE). Professora adjunta do Curso de Nutrição, na área de saúde pública, da Universidade Federal de Pernambuco/Centro Acadêmico de Vitória (UFPE/CAV).



Pedro Israel Cabral de Lira

Médico pela Universidade Federal de Pernambuco, mestre em Nutrição pelo Instituto Nacional de Alimentación Y Nutricion (INTA/Universidade do Chile) e PhD em Medicina pela London School of Hygiene and Tropical Medicine (LSHTM/Universidade de Londres). Professor Titular do Departamento de Nutrição da Universidade Federal de Pernambuco (CCS/UFPE).



Sandra Cristina da Silva Santana

Nutricionista, doutora em Nutrição em Saúde Pública pela Universidade Federal de Pernambuco (UFPE). Professora do curso de Nutrição, na área de saúde pública, da Universidade Federal de Pernambuco/Centro Acadêmico de Vitória (UFPE/CAV).



Silvia Patrícia de Oliveira Silva Bacalhau

Silvia Patrícia de Oliveira Silva Bacalhau Nutricionista, mestre em Nutrição pelo Programa de Pós-graduação em Nutrição da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE); Nutricionista do Hospital Universitário Oswaldo Cruz (HUOC/UPE) e do Instituto de Educação, Ciência e Tecnologia de Pernambuco (IFPE).



Vanessa Sá Leal

Nutricionista, mestre e doutora em Nutrição em Saúde Pública pela Universidade Federal de Pernambuco (UFPE). Professora associada do curso de nutrição, na área de saúde pública da Universidade Federal de Pernambuco/Centro Acadêmico da Vitória (UFPE/CAV).

Agradecimentos

Agradecimentos especiais

À Vilma Maria Pereira Ramos Cerqueira pelo apoio enquanto responsável pela Coordenação de Segurança Alimentar e Nutricional Sustentável – CSANS – da Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco - SES/PE.

À nutricionista Carla Caroline Silva dos Santos por compartilhar um pouco da sua trajetória e experiência no âmbito do Núcleo de Apoio à Saúde da Família – NASF – por meio de um relato de experiência, apresentado no Módulo 6.

À equipe técnica da Coordenação Nacional de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde do Departamento de Saúde da Família da Secretaria de Atenção Primária à Saúde do Ministério da Saúde (PICS/DESF/SAPS/MS): Daniel Miele Amado, Paulo Roberto Sousa Rocha, Lorena Toledo de Araújo Melo, Fernanda Elizabeth Sena Barbosa, Layza Nogueira Dias dos Santos, Gabriela Santos Almeida e Amanda Gomes Gregori, pela revisão da Unidade 2 do Módulo 4 deste livro.

Às alunas de iniciação científica Renata Kelly Gomes Oliveira e Letycia dos Santos Neves; à residente do Programa de Residência Multiprofissional de Interiorização de Atenção à Saúde (PRMIAS) Maria Heloisa Moura de Oliveira; ao mestrando da Pós-graduação em nutrição da UFPE Ivanildo Ribeiro Domingos Júnior e à nutricionista colaboradora Angélica Barbosa Arruda Patriota, pela dedicação ao projeto ECOASUS-PE.

À Maria Bernadete Ribeiro Chagas pelo apoio técnico, compromisso e leveza na condução dos processos de formação e pesquisa do projeto ECOASUS-PE.

Prefácio

A PELEJA DO SUS UNIVERSAL CONTRA O ATRASO DA DOENÇA E DA MALDADE

Peço agora a vocês que aqui estão
Nesse tempo que entristece e desanima
Um momento breve de sua atenção
Pois aqui eu trago o verso e trago a rima

Invadindo sua tela chego agora
Vou falar de algo com sinceridade
Da batalha pelo SUS universal
Contra o atraso da doença e da maldade

Muito tempo se passou até que a luta
Somou forças, argumentos e avançou
Foi na 8ª Conferência de Saúde
Que o Brasil se deu as mãos, se levantou

A saúde deveria realmente
Ser conquista para sempre universal
Dever do Estado, equânime, com qualidade
Como estava era muito desigual

Foi de lá que o país soube avançar,
E desde lá o país soube entender,
Audiências, passeatas, manifestos,
Foi o texto sendo escrito pra valer

A saúde não seria filha única
Pois viria num desenho essencial
Com a assistência ao lado da previdência
Juntas na Seguridade Social

No começo de conversa decidiu-se
Que a base tinha que ter fundamento
30% então da Seguridade
Sustentando na saúde o investimento

Esse passo foi escrito, mas contudo
Nós só vimos abandono desde então
Nenhum governo aplicou esse montante
A facada na saúde a pôs no chão

Todo tipo de maldade aprontaram
Concedendo muita desoneração
O dinheiro da saúde nos roubaram
Com apoio da brutal sonegação

Construída em etapas de atenção,
A saúde também viu coisas danosas
Viu escolhas econômicas perversas,
Tais ações sempre foram criminosas

Não se tem reforma urbana no país,
É uma luta o direito à cidade
Saneamento nunca foi universal
E a água nunca teve qualidade

Desemprego, renda pouca e
concentrada
São também causas desse sofrimento
Sem comida e segurança alimentar
As famílias sofrem muito, assim não dá
A saúde é atacada, é um tormento

Feito orquestra quando está desafinada
Os pilares da saúde vão ao chão
Sem emprego, alimento e moradia
Sem lazer, saneamento e alegria
Nossa gente nunca tem sossego não

Já cantava o poeta maranhense
Que à luta pela terra dá valor
Não tem jeito que dê jeito
E só tem jeito meu irmão
Entrar na marra na praça e no interior
Olhei na frente e vi a realidade e a
maldade,

Mas a verdade está no trabalhador

Pois é assim que tem sido a resistência
De quem quer a saúde universal
Foi assim desde a 8ª Conferência
Pois a mercantilização é um grande mal

Nas aldeias e nas terras quilombolas,
É nos morros, e é na periferia
Nas cidades, sejam grandes ou pequenas
Que a luta pelo SUS se irradia

Sua porta de entrada é pela base
Tem que ser primária sua atenção
Estratégia de saúde da família
Com orçamento verdadeiro, maravilha
Para o SUS florescer em nosso chão

Se sabemos que está do nosso lado
Bem sabemos que está na contramão
Combatemos a força dos poderosos
Que só pensam na mercantilização

Preocupam-se em derrubar o SUS
Pois para eles a doença é um ativo
Quanto mais então o SUS for desmontado,
Esquecido e subfinanciado
Eles ganham rios de dinheiro vivo

Combatemos a ganância dos mercados
Sua indústria de alimentos venenosos
Engrenagem a favor da obesidade
Com discursos toda vida mentirosos

A comida toda pronta e processada
Abusando do açúcar e do sal
Para as crianças é biscoito e salgadinho
Pense numa porcária que faz mal

Eis então um retrato da jornada
Que enfrentamos com toda disposição
31 anos do SUS, Ecoa SUS
Vamos juntos do litoral ao sertão
Nas aldeias, com os povos quilombolas
Derrotando quem está na contramão

Nesses tempos tão cruéis de pandemia,
Negacionismos, barbárie e ignorância
De ataques à ciência e cloroquina, e o
SUS quem demonstra relevância

A peleja do SUS não se ajoelha
A peleja do SUS ela é valente
Para ser universal ter qualidade
É preciso da força de nossa gente

Sendo assim por aqui eu me despeço,
Vou deixando um convite persistente,
Todos juntos, somos flecha, somos arco,
Somos vento por um SUS no mesmo barco,
Vem fazer forte o SUS bem consciente!

Recife, 14 de junho de 2021.
Paulo Rubem Santiago Ferreira

Sumário

Módulo 4

Uma visão sistêmica da obesidade pautada na interprofissionalidade: estratégias de educação e práticas integrativas e complementares em saúde

Unidade 1 - A visão sistêmica pautada na interprofissionalidade para uma integralidade do cuidado em saúde, de forma continuada e humanizada 24

Unidade 2 - As práticas integrativas e complementares em saúde (PICS) como possibilidades para um cuidado integral à obesidade 30

Unidade 3 - Educação alimentar e nutricional (EAN) e a educação popular em saúde (EPS): Novos conceitos, novos olhares e novos horizontes 45

Módulo 5

Abordagem comportamental: estágios motivacionais e estratégias para mudanças do comportamento alimentar

Unidade 1 - Modelo transteórico - entrevista motivacional: por que, quando e como utilizá-la? 68

Unidade 2 - Comportamento alimentar: desenvolvimento, fatores determinantes e mecanismos envolvidos 75

Unidade 3 - Corpo, identidade e a percepção da autoimagem corporal 81

Unidade 4 - Alimentação consciente: Estratégias e habilidades para mudança de comportamento alimentar no indivíduo com excesso de peso 87

Módulo 6

Equipamentos públicos de promoção da saúde com ênfase no Programa Academia da Saúde e no Programa Saúde na Escola

Unidade 1 - Programa Academia da Saúde e Programa Saúde na Escola: diretrizes e ações previstas 103

Unidade 2 - Programa Academia da Saúde e Programa Saúde na Escola como estratégias de promoção da saúde e de prevenção e cuidado da obesidade 110

Queridas(os) cursistas,

É com imensa satisfação que trazemos o segundo volume do nosso documento “Uma visão ampliada da obesidade: Reflexões sobre o cuidado na atenção básica” e anunciamos a nossa chegada na metade deste curso de aperfeiçoamento “Enfrentamento e cuidado da obesidade na Atenção Básica”. Foi um longo caminho até aqui e ainda temos o que percorrer. Esperamos que, os esforços para que tudo saia com melhor aproveitamento estejam frutificando e contribuindo para a ampliação do cuidado. Lembramos, porém, que ainda é hora de plantar em meio às colheitas passadas e presentes. Nesse ínterim, desejamos que você esteja construindo reflexões e possibilidades de qualificação da sua formação profissional para as questões referentes à complexa temática da obesidade. Acreditamos que os módulos 4, 5 e 6 poderão subsidiá-la(o) ainda mais nesse processo.

Para tanto, o quarto módulo discorre sobre uma visão sistêmica da obesidade pautada na interprofissionalidade e aborda estratégias de educação e práticas integrativas e complementares em saúde, e está organizado em três unidades de aprendizagem. Na primeira é introduzida uma conceituação sobre a visão sistêmica da saúde a partir da multi e interprofissionalidade. O objetivo da segunda unidade é sensibilizar sobre outras maneiras de compreender a saúde nas quais as práticas integrativas e complementares podem contribuir para uma abordagem integral no cuidado às pessoas com obesidade. A unidade de aprendizagem três objetiva apresentar a educação em saúde, especialmente a educação popular, em interface com a educação alimentar e nutricional como estratégias para promoção da saúde de maneira ampliada, prevenção e tratamento da obesidade, em particular. Além disso, a terceira unidade pretende incentivar a construção de projetos participativos a partir do que já foi trabalhado nas unidades anteriores. Assim, quando da finalização deste módulo espera-se que a discussão teórica apresentada subsidie caminhos práticos alinhados à sua realidade, ou seja, auxilie na sua atuação frente às necessidades da população em seu território, contribuindo para a qualificação da atenção no que tange as questões pertinentes à obesidade.

O quinto módulo, que trata da abordagem comportamental trazendo os estágios motivacionais e estratégias para mudanças do comportamento alimentar, possui quatro unidades de aprendizagem. A primeira unidade tem como objetivo descrever a importância da identificação do estágio de motivação para a mudança de comportamento através do modelo transteórico.

Apresentação

A segunda pretende auxiliá-la(o) a compreender os fatores e mecanismos envolvidos no comportamento alimentar dos indivíduos. A unidade três apresenta alguns instrumentos que identificam a percepção e aceitação da autoimagem corporal e busca refletir sobre como esses aspectos podem interferir na mudança de comportamento alimentar. Para finalizarmos esse módulo, a unidade quatro traz algumas estratégias de alimentação consciente, que poderão ser introduzidas na sua prática com as(os) usuárias(os) a fim de melhorar a relação delas(os) com o alimento, com o ato de comer e com o seu corpo.

O sexto e último módulo trabalha os equipamentos públicos de promoção da saúde com ênfase no Programa Academia da Saúde e no Programa Saúde na Escola e está dividido em duas unidades de aprendizagem. A primeira apresenta os princípios fundamentais do Programa Academia da Saúde (PAS) e do Programa Saúde na Escola (PSE) a partir de suas diretrizes, objetivos e ações previstas. A segunda aborda tais programas enquanto estratégias territorializadas de promoção da saúde, prevenção e cuidado à obesidade, explorando as potencialidades e desafios relacionados à integração dos processos de trabalho das equipes de atenção básica (Equipe do Núcleo de Apoio à Saúde da Família - eNASF/ Equipes de Saúde da Família - eSF/ Equipes de Atenção Básica - eAB) com as ações das escolas referenciadas e/ou dos polos de academia da saúde. Espera-se que, ao final deste módulo, os cursistas conheçam os princípios norteadores comuns ao PAS e ao PSE, identifiquem os demais dispositivos de promoção da saúde em seus territórios de atuação, e viabilizem ou aprimorem o planejamento e execução compartilhada de ações entre os profissionais da eNASF/ eSF/ eAB com outras equipes atuantes no território, visando promover saúde, prevenir agravos e cuidar de pessoas.

Foi um prazer e uma satisfação ter você conosco. Nos encontramos nas estradas de luta e coragem cotidiana para concretização do Sistema Único de Saúde (SUS) que almejamos!

Equipe ECOASUS-PE



Uma visão sistêmica da obesidade pautada na interprofissionalidade: estratégias de educação e práticas integrativas e complementares em saúde

MÓDULO 4



ECOASUS-PE

Enfrentamento e cuidado da obesidade
no âmbito do SUS em Pernambuco

Autoras

Gabriella Carrilho Lins de Andrade

Adrielly Araújo de Oliveira

Jailma Santos Monteiro

Luciana Camêlo de Albuquerque

Ana Célia Oliveira dos Santos

Juliana Souza Oliveira

O encontro inesperado e enriquecedor entre a ciência e as diferentes tradições do mundo permite pensar no aparecimento de uma nova visão de humanidade [...]

Declaração de Veneza



Unidade 1

A visão sistêmica pautada na interprofissionalidade para uma integralidade do cuidado em saúde de forma continuada e humanizada

O que é a visão sistêmica na saúde?

Para começarmos essa discussão, é importante tão logo dizer que compreendemos a visão sistêmica enquanto uma competência essencial para o profissional que atua nos serviços de saúde. Você já ouviu falar sobre? Podemos, de maneira sintética, pensá-la como a forma de se entender a organização da saúde na sua integralidade, como parte de um sistema orgânico e mutável, que sofre influência de diversos fatores internos e externos às instituições.

O pensamento sistêmico surgiu na década de 1920, defendido por vários biólogos que tinham uma compreensão do ser vivo como um todo integrado. Nessa visão, um macrossistema é formado de microssistemas interligados, constituindo uma integralidade que vai além da soma das partes. As interações e trocas de energia que ocorrem nesse macrossistema promovem o surgimento de novas características que não se encontram nos sistemas isolados (DUHAMEL, 1995; BERTALANFFY, 1976; MATURANA; VARELA, 1995; ROMESÍN, 1998).

Capra (2006) enfatiza que nossa sociedade tem construído percepções a partir de uma valorização excessiva de uma tendência auto afirmativa, ao passo que a tendência integrativa tem sido negligenciada. A primeira comporta um pensamento racional, analítico, reducionista e linear, além de valores humanos como a expansão, competição, quantidade e dominação; enquanto que a tendência integrativa é sistêmica e se constitui por meio de interações cooperativas, estabelecimento de parcerias, conservação de recursos e aspectos qualitativos, juntamente com um pensamento intuitivo, holístico, sintético e não linear .

Perceba que esses dois conjuntos de valores orientam duas categorias de pensamento que precisam estar equilibradas para uma melhor compreensão da vida e da sociedade. A visão sistêmica implica mudar o foco de estruturas e objetos para padrões e processos não materiais, bem como para uma mudança de foco das partes para o todo. Nesse sentido, cientistas importantes fizeram resgates no sentido de incluir o estudo de características qualitativas na ciência no último século (CAPRA, 2006; VASCONCELLOS, 2010).

Para ajudar nessa conversa sobre o pensamento sistêmico, trazemos o personagem Armandinho com uma situação de seu cotidiano que nos convida a refletir sobre este exercício de ampliação do olhar:



Disponível em: <https://tirasarmandinho.tumblr.com/search/quadrado>

Então... qual a relação da visão sistêmica com a prática do cuidado à obesidade?

Sob a ótica sistêmica, podemos identificar que a obesidade é o resultado de uma complexa interação entre o meio ambiente, contextos e interações sociais, questões econômicas, sistemas alimentares, pré-disposição genética e comportamento humano. Isso demanda o estabelecimento de ações que atinjam tanto o nível individual, trabalhando a Educação Alimentar e Nutricional (EAN) por meio de orientação de melhores escolhas alimentares; como também ações coletivas que contribuam na construção de ambientes saudáveis, favoreçam o acesso e a escolha de alimentos; estimulam a comensalidade, o resgate e a valorização da culinária tradicional; o desenvolvimento de modos de produção ambiental e socialmente sustentáveis; a regulação e controle de alimentos; a elaboração e implementação de políticas públicas de promoção à saúde e atenção integral aos portadores de sobrepeso e obesidade e, ainda, outras ações que garantam a segurança alimentar e nutricional (SAN) (BRASIL, 2014a).

Diante do já exposto, fica claro que o enfrentamento da obesidade demanda ações intersetoriais, integralizadas e articuladas numa perspectiva sistêmica. Em se tratando da elaboração de terapêuticas individuais e coletivas, há um vasto campo de aplicação, no qual a recuperação da história de uma coletividade pode ser uma estratégia para propostas criativas que sejam capazes de destacar as singularidades das práticas e hábitos alimentares desse coletivo (CARVALHO e MARTINS, 2004). Em suma, a visão sistêmica permite uma compreensão holística de problemas complexos, como a obesidade, de forma ética, que leve em conta as recomendações nutricionais e a realidade dos indivíduos em sua coletividade. Isso faz sentido para você? Carvalho e Martins (2004, p.1011) pontuam que:

A avaliação nutricional pode estabelecer novos parâmetros nutricionais baseando-se também na compreensão obtida a partir de uma conceituação da problemática, estendendo sua percepção do corpo humano para além da antropometria; por exemplo, no que diz respeito aos aspectos subjetivos de interpretação da normalidade/normatividade dos indivíduos. No caso específico da obesidade são variadas as possibilidades de prescrição dietética, mas que, se isoladas das questões ambientais concernentes à vida efetiva do indivíduo – incluídos seus aspectos psíquicos e simbólicos –, tendem a se tornar fórmulas idealizadas e inócuas. A definição de conceitos operacionais promove ainda uma interdisciplinaridade nas equipes de saúde na medida em que facilita a comunicação entre as especialidades, atravessando a todas. A conceituação ultrapassa uma divisão dicotômica entre metodologia quantitativa e qualitativa que, num certo sentido, não se sustenta mais diante da assunção da realidade como complexa.

Esse fundamento vai garantir que em um serviço de saúde todas e todos entendam seus papéis no processo de trabalho e, dessa forma, cooperem para a melhoria contínua do serviço. Nesse sentido, podemos afirmar que a visão sistêmica é essa visão do todo. É o olhar diferenciado que nos permite perceber o movimento integrado entre o ambiente, as ações, as decisões e a articulação entre uma rede interligada de indivíduos envolvidos no trabalho.

É, em suma, o que norteia a interdisciplinaridade, a integralidade e a interprofissionalidade para um cuidado contínuo e humanizado.

Interprofissionalidade em saúde: Importância para a qualidade do cuidado

Qual a importância da interprofissionalidade em saúde para a qualidade do cuidado?

Pensando sobre essa questão, o autor Ricardo Ceccim (2017) inicia uma publicação sobre trabalho interprofissional com o seguinte questionamento: “trabalhar em comum acordo ou trabalhar com os outros?” A partir dessa indagação, apresentamos uma introdução sobre o tema da interprofissionalidade em saúde, como um convite à reflexão sobre a prática profissional desenvolvida pelos trabalhadores da saúde.

Afinal o que significaria trabalhar com os outros? Primeiramente, é importante dizer que o trabalho em equipe, no formato mais conhecido e tradicional, quando, por exemplo, vários profissionais compartilham a mesma situação de trabalho e evoluem no prontuário ou quando o paciente é atendido por diversos profissionais, não garante uma atuação interprofissional.

O prefixo “inter”, derivado do latim, indica a posição intermediária de interação e reciprocidade. O trabalho em equipe interprofissional tem sido definido como aquele que envolve diferentes profissionais, não apenas da saúde, que juntos compartilham o senso de pertencimento à equipe e trabalham juntos de maneira integrada e interdependente para atender às necessidades de saúde. Constituir-se como uma equipe requer trabalho – é uma construção, um processo dinâmico no qual os profissionais se conhecem e aprendem a realizar juntos para reconhecer o trabalho, conhecimentos e papéis de cada profissão; conhecer as características, demandas e necessidades de saúde dos usuários e população; definir de forma compartilhada os objetivos comuns da equipe; e realizar - também de forma compartilhada – o planejamento das ações e dos cuidados de saúde (PEDUZZI, 2018).

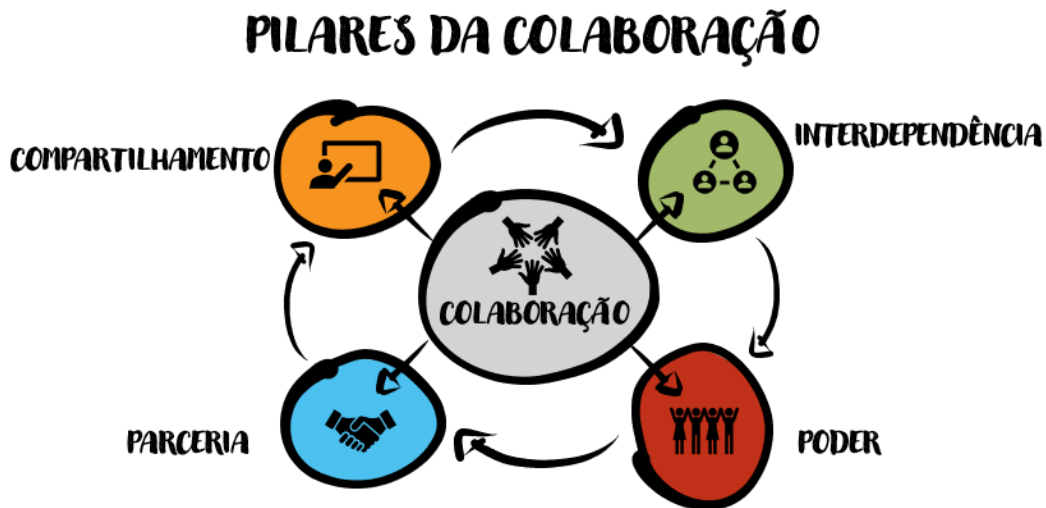
No caso da interprofissionalidade essa interação precisa ser marcada pela negociação de processos decisórios a partir da construção de conhecimentos, de forma dialógica e com respeito às singularidades e diferenças dos diversos núcleos de saberes e práticas profissionais (BATISTA, 2012). Negociar processos decisórios na prática clínica se constitui um desafio atual, pois historicamente a formação em saúde esteve pautada no modelo biomédico, com foco na doença e riscos de adoecimento, que propõe uma intervenção fragmentada, não só por inúmeros especialistas “que são formados separadamente, para no futuro trabalharem juntos” como também a partes restritas do corpo humano (TESSER; BARROS, 2008).

Diante do exposto, de que ferramentas o profissional de saúde que foi formado sob a lógica biomédica, pode lançar mão para desenvolver práticas profissionais mais colaborativas e, assim, aproximar-se mais de um trabalho interprofissional?

D'amour et al. (2005) trazem importantes contribuições para que os profissionais compreendam a complexidade da colaboração e possam desenvolver competências colaborativas no trabalho cotidiano.

Como podemos observar na imagem abaixo (Figura 1), defendem que a colaboração se sustenta em quatro pilares: compartilhamento, parceria, interdependência e poder.

Figura 1: Pilares da colaboração



Fonte: Baseado em D'amour et al. (2005)

Para os autores, o compartilhamento é um dos pontos-chave da colaboração, na medida em que alunos ou profissionais de saúde dividem objetivos, metas, bases teóricas ou conceituais no processo de formação ou na dinâmica do trabalho em saúde. Ao compartilhar, a equipe de saúde coloca o usuário na centralidade do processo, uma vez que a aprendizagem ou as práticas se harmonizam em torno da oferta de cuidados mais integrais e resolutivos.

A parceria implica na união de dois ou mais atores em prol de uma atuação colaborativa e esta união aponta para a comunicação, a confiança e o respeito mútuo. Dessa forma, um profissional sempre valoriza e reconhece a importância do outro.

Dessa parceria emerge a interdependência, na qual os profissionais reconhecem suas limitações e assumem a necessidade do outro na complementaridade para as ações em saúde. Esse pilar deixa claro que existe um objetivo comum a todas as profissões e que o trabalho em equipe é o dispositivo mais potente para alcançar os objetivos.

Por fim, os autores indicam que o último e, talvez, mais espinhoso pilar da colaboração é o poder. Equilibrar poderes é importante para que cada membro da equipe, ou estudante, se empodere e participe ativamente da tomada de decisão, da aprendizagem colaborativa e da comunicação efetiva com os demais membros da equipe. Igualizar poderes permitirá romper as barreiras de comunicação, qualificando as relações interpessoais e interprofissionais, implicando em maior qualidade no cuidado em saúde.

Diante do que foi discutido, ressalta-se a importância de incorporar o debate sobre interprofissionalidade para o fortalecimento e consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS). Precisamos reconhecer que o modelo tradicional de formação dos profissionais de

saúde não tem atendido aos problemas complexos da população, sendo premente refletir sobre a transformação das práticas profissionais.



Que tal refletir um pouco mais?

Você conhece o programa SintoniaSUS? São arquivos de áudio, no modelo programa de rádio, com média de 8 minutos cada, que objetivam esclarecer os ouvintes sobre as políticas públicas que fazem parte do SUS.

Indicamos a escuta do programa 19, que aborda a Obesidade e traz a experiência do projeto “Alimente-se de Saúde” que trabalha com usuários do município de Pomedore-SC para incentivar a mudança de estilo de vida com foco na autonomia do participante.

Para acessar [clique aqui](#)



Unidade 2

As práticas integrativas e complementares em saúde (PICS) como possibilidades para um cuidado integral à obesidade

Para começo de conversa, é bom quando a gente pode iniciar pelo princípio. Então, vamos lá? Pense conosco: você sabe o que são as práticas integrativas e complementares em saúde (PICS)? O que esse nome quer dizer, do que fala, o que nos comunica? É preciso, de antemão, reconhecer que as palavras estão carregadas de sentidos e que não são escolhidas aleatoriamente, pois carregam ideias e uma intenção quando utilizadas. As PICS nem sempre se chamaram assim e, tampouco, todo o mundo as reconhece por esse nome.

Vamos conhecer um pouco sobre essas nomenclaturas e seus significados?

Alguns autores (SOUSA, 2013; TESSER, 2009) destacam a complexidade para conceituar as práticas integrativas e complementares por ser um vasto, heterogêneo e múltiplo campo de saberes e cuidados. Assim, deve-se sublinhar que não há consenso que defina com exatidão o que são essas PICS (BRASIL, 2018c). Atente ainda para o fato que esse é o termo cunhado pelo Ministério da Saúde (MS) brasileiro, mas que internacionalmente a nomenclatura utilizada no momento é medicina tradicional complementar e integrativa (MTCI), pela Organização Mundial da Saúde (OMS), que já nomeou de medicina tradicional/medicina complementar e alternativa (MT/MCA), guardadas as nuances entre os seus significados (NASCIMENTO et al., 2013; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2013).



Que tal saber um pouco mais?

O termo Medicinas Tradicionais, Complementares e Integrativas (MTCI) é adotado pela Organização Mundial de Saúde. No Brasil, denomina-se Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS).

No glossário temático lançado pelo MS em 2018, as PICS são apresentadas como:

Práticas de saúde, baseadas no modelo de atenção humanizada e centrada na integralidade do indivíduo, que buscam estimular os mecanismos naturais de prevenção de agravos, promoção e recuperação da saúde por meio de tecnologias eficazes e seguras, com ênfase na escuta acolhedora, no desenvolvimento do vínculo terapêutico e na integração do ser humano com o meio ambiente e a sociedade (BRASIL, 2018d, p.97).

Sobre MTCI, de maneira sucinta, entendemos que: a) a medicina tradicional diz respeito aos conhecimentos e práticas que se ancoram em diversas culturas para promover saúde e até o tratamento de doenças; b) a medicina complementar compreende um conjunto de práticas de saúde não tradicionais nem como parte da medicina dita convencional de uma certa localidade e não necessariamente integrada ao sistema de saúde hegemônico e c) medicina integrativa vem a ser aquela que preza pela horizontalidade na relação entre quem cuida e quem é cuidado e compreende a pessoa de maneira mais holística (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2013).

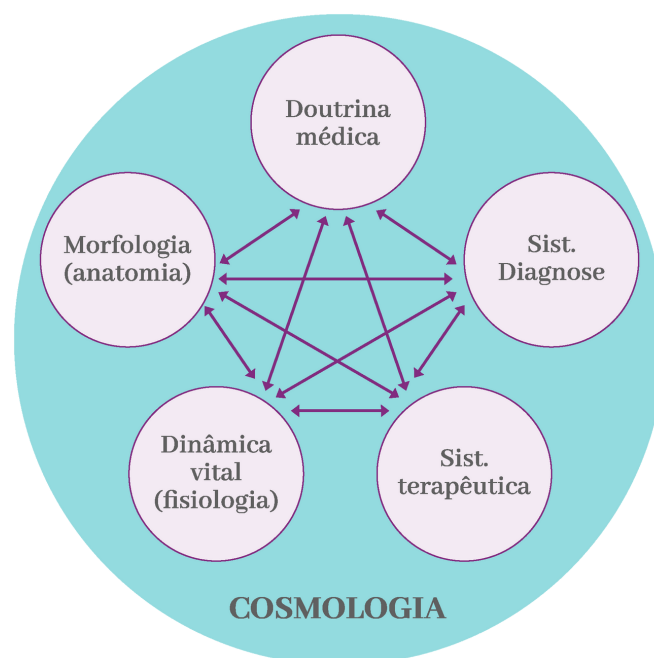
É importante fazer uma ressalva sobre a utilização de "complementar" e "alternativa" enquanto sinônimos; não são. Deve-se considerar o primeiro quando estão as abordagens não convencionais e convencionais de maneira misturada, enquanto que "alternativa" diz sobre a utilização de uma em detrimento da outra, ou seja, da não convencional no lugar da convencional (NCCIH, 2018). Apesar dessa discussão apontada, neste capítulo, utilizaremos o termo PICS, pois nosso foco é no contexto brasileiro e, mais precisamente, no Estado de Pernambuco.

E sobre racionalidades médicas, você já ouviu falar?

Essa é uma categoria analítica, desenvolvida pela professora Madel Therezinha Luz, que pode auxiliar-nos a avançar nessa conversa. Por racionalidade, entendemos como a forma de se pensar a vida, o ser humano, o corpo e as subjetividades. Assim, racionalidades médicas é uma categoria utilizada enquanto recurso teórico para as questões apresentadas socialmente, no que concerne às questões de saúde, para estudar sistemas médicos complexos e terapêuticas tradicionais e complementares.

Podemos considerar enquanto racionalidade médica, aquele sistema médico complexo com as cinco dimensões (ver Figura 2), quais sejam: morfologia humana (provisoriamente definida enquanto anatomia), dinâmica vital humana (definida provisoriamente como fisiologia), doutrina médica (define sobre o processo saúde-doença), sistema de diagnose (define o diagnóstico do que é ou não condição de morbidade) e sistema terapêutico (define a intervenção para o caso), embasadas teoricamente e simbolicamente numa cosmologia (enquanto sexta dimensão, sobre o que é próprio de uma determinada cultura com uma simbologia sobre os sentidos) (LUZ, 1993).

Figura 2: Dimensões da categoria “racionalidade médica”



Fonte: Extraída de Tesser e Luz, 2018, p.2.

Para compreender melhor, observe com atenção e reflexão o quadro 1, a seguir, com um resumo da aplicação das dimensões das racionalidades médicas:

Quadro 1: Resumo comparativo das racionalidades médicas

| Racionalidade Médica | Cosmologia | Doutrina Médica | Morfologia | Fisiologia ou Dinâmica Vital | Diagnóstico | Terapêutica |
|---|---|---|---|--|--|---|
| Medicina Ocidental Contemporânea | Física Newtoniana (clássica) implícita | Teoria da causalidade da doença e seu combate | Morfologia dos sistemas (macro e micro) orgânicos | Fisiopatologia e fisiologia dos sistemas | Semiologia anamneses; exame físico e exames complementares | Medicamentos, cirurgia, prevenção |
| Medicina Homeopática | Cosmologia Ocidental Tradicional: (alquímica) e clássica (Newtoniana) implícita | Teoria da energia ou força vital e seus desequilíbrios nos sujeitos individuais | Organismo material (sistemas) forças (ou energia) vital animadora | Fisiologia energética (implícita) Fisiologia dos sistemas; Fisiologia do medicamento e adoecimento | Semiologia anamnese do desequilíbrio individual. Diagnóstico do remédio e da enfermidade individuais. Diagnóstico clínico | Medicamentos, Higiene (física e mental) |
| Medicina Tradicional Chinesa | Cosmogonia Chinesa (geração do microcosmo a partir do macrocosmo) | Teoria dos "Yin-Yang" e das cinco fases (ou elementos) e seu equilíbrio (harmonia) nos sujeitos individuais | Teoria dos "canais" meridianos e dos pontos de acupuntura (corpo sutil) Teoria dos órgãos e das vísceras (corpo orgânico) | Fisiologia dos "sopros vitais" (Qi) Fisiologia dos órgãos; Dinâmica Yin-yYang no organismo e com o meio ambiente | Fisiologia dos "sopros vitais" (Qi) Fisiologia dos órgãos; Semiologia anamneses do desequilíbrio Yin-Yang. Diagnóstico do desequilíbrio dos sujeitos | Higiene, Exercícios (artes marciais, meditação etc.) Dietética, Fitoterapia, Massagens, Acupuntura e Moxabustão |
| Medicina Ayurvédica | Cosmologia indiana (geração do microcosmo a partir do macrocosmo) | Teoria dos cinco elementos e das constituições humorais ("Tridosha") nos sujeitos individuais | Teoria dos vários corpos ("denso" e "sutis") Teoria da constituição dos tecidos vitais, dos órgãos e dos sentidos | Fisiologia "energética" (circulação do Prana e das demais energias nos "corpos"). Equilíbrio do "Tridosha" | Semiologia; anamnese do desequilíbrio do "Tridosha". Sistema de observação dos oito pontos". Diagnóstico do desequilíbrio dos sujeitos | Dietética: Técnicas de eliminação e purificação; Exercícios (Ioga, meditação etc.), Massagens; Fitoterapia; Medicamentos. |

Fonte: Luz, 2011, p.174.

Vale marcar que a categoria racionalidades médicas e as PICS não são a mesma coisa. Segundo Nascimento e tal. (2013), as primeiras permitem lançar um olhar analítico sobre as formas de cuidar em saúde de maneira ampla, sobre as segundas. É um marcador sociológico capaz de diferenciar um sistema médico complexo do que vem a ser uma prática terapêutica ou diagnóstica. Você não precisa decorar sobre cada uma, pois o que estamos fazendo é uma breve apresentação do que é importante ter noção sobre quando se fala sobre a temática. Esperamos que a curiosidade esteja sendo aguçada em você. E, se sim, olha nossa dica abaixo:



Que tal refletir um pouco mais?

Em 2018, no Rio de Janeiro/RJ aconteceu o I Congresso Internacional de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde, tendo sido um marco para as PICS. Para saber um pouco mais o que aconteceu por lá, sugerimos que você assista ao vídeo do Canal Saúde no link: [Acesse aqui.](#)

O que os paradigmas têm a ver com as PICS?

Talvez você esteja percebendo que até agora temos falado sobre diferentes formas de interpretar o que vem a ser e/ou como deve ser feito o cuidado em saúde. E, talvez ainda, se perguntando se essas tais formas de ver o mundo, podem estar relacionadas a algo maior. Pois sim, estão. De acordo com Kunh (2007), aos modelos explicativos da ciência, que oferecem durante certo tempo problemas e soluções à comunidade científica, chamamos de paradigmas. Então, são eles as lentes que colocamos e a partir deles que enxergamos o que se apresenta.

Na saúde, temos dois grandes paradigmas em disputa: o paradigma biomédico ou newtoniano-cartesiano e o paradigma bioenergético ou vitalista. O primeiro tem como categoria central a doença, a patologia e a medicina podem ser caracterizadas como a ciência das doenças, associa à uma máquina a maneira de funcionar o corpo humano, muitas vezes visto como um conjunto de partes. Enquanto que, a categoria central do segundo é a saúde, o equilíbrio e onde a(s) medicina(s) são caracterizadas como a arte de curar e da possibilidade de reestabelecer e expandir a saúde, com uma visão mais integral que entende o ser humano como um continuum energético, em que a vida se expressa pela movimentação da energia.

Precisamos considerar que no Ocidente, o paradigma biomédico trouxe resoluções para as questões de saúde das populações, ainda que com foco no diagnóstico e aspecto biológico da doença. Observamos, na década de 60, uma maior procura pelas anteriormente chamadas formas alternativas de tratamento por certo descontentamento de parte da população com o modelo vigente.

Em alguns países, a transição epidemiológica caracterizada pela mudança no perfil de predominância de doenças infecciosas para crônicas, pode também ter contribuído para uma maior valorização dessas outras maneiras de cuidar (OTANI, BARROS, 2011), porque essas últimas valorizam principalmente a promoção da saúde, o vínculo com o cuidador e a integração do indivíduo com o meio ambiente, bem como, o autocuidado (BRASIL, 2006).

Assim, assistimos à crescente utilização dessas práticas no mundo, tanto em países em desenvolvimento como naqueles ditos desenvolvidos ainda que por distintas motivações. Nos primeiros, não apenas o difícil acesso à biomedicina, mas também pelas questões culturais e pelos efeitos positivos delas mesmas. Nos segundos, há a já citada insatisfação daqueles que puderam experimentar a medicina mecanicista, materialista, intervencionista e impessoal, bem como pela proposta de integralidade trazida. Não devemos esquecer, tampouco, que financeiramente o modelo biomédico não apresenta sustentabilidade (LUZ, 2000; TESSER, 2009; SOUZA, 2013; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2013).

Sobre isso, observe que apesar das diferenças entre os paradigmas, o caminho que se pensa enquanto possível é o do diálogo entre eles (TELESI JUNIOR, 2016), sem que haja a sobreposição de um sobre o outro. Não queremos dizer aqui que as práticas integrativas e complementares em saúde são a solução para todos os "males", mas que elas podem trazer algumas possibilidades de respostas enquanto produtoras de novas subjetividades que podem vir a contribuir para o cuidado em saúde.



Que tal ouvir uma música?

Para refletirmos um pouco mais sobre esse olhar ampliado para a saúde, seus processos e para o ser humano, trazemos a música “Gente” do Caetano Veloso. Que tal ouvi-la para estimular em nós mesmos/as esse olhar sensível sobre a complexidade da vida e seus “mistérios”? Para acessar [clique aqui](#)

Gente - Caetano Veloso

| | | |
|--|---|---|
| Gente olha pro céu | Se as estrelas são tantas | Ivonete, Agripino |
| Gente quer saber o um | Só mesmo o amor | Gracinha, Zezé |
| Gente é um lugar | Gente quer comer | Gente espelho da vida |
| De se perguntar o um | Gente quer ser feliz | Doce mistério |
| Das estrelas se perguntarem se tantas são | Gente quer respirar ar pelo nariz | Vida, doce mistério |
| Cada estrela se espanta à própria explosão | Não, meu nego, não traia nunca essa força não | Não, meu nego, não traia nunca essa força não |
| Gente é muito bom | Essa força que mora em seu coração | Essa força que mora em seu coração |
| Gente deve ser o bom | Gente lavando roupa | Gente lavando roupa |
| Tem de se cuidar | Amassando pão | Amassando pão |
| De se respeitar o bom | Gente pobre arrancando a vida | Gente pobre arrancando a vida |
| Está certo dizer que estrelas | Com a mão | Com a mão |
| Estão no olhar | No coração da mata gente quer | No coração da mata gente quer |
| De alguém que o amor te elegeu pra amar | Marina, Bethânia | Prosseguir |
| Marina, Bethânia | Dolores, Renata | Quer durar, quer crescer |
| Dolores, Renata | Suzana, Leilinha, Dedé | Gente quer luzir |
| Suzana, Leilinha, Dedé | Gente viva, brilhando estrelas na noite | Rodrigo, Roberto, Caetano |
| Gente viva, brilhando estrelas na noite | Gente quer comer | Moreno, Francisco |
| Gente, não entendo | Gente quer ser feliz | Gilberto, João |
| Gente nada nos viu | Gente quer respirar ar pelo nariz | Gente é pra brilhar |
| Gente espelho de estrelas | Maurício, Lucila, Gildásio | Não pra morrer de fome |
| Reflexo do esplendor | | Gente deste planeta do céu de anil |

E como se deu a inserção dessas práticas no contexto nacional?

Desde 1970, a Organização Mundial de Saúde (OMS) recomenda aos estados membros a integração das Medicinas Tradicionais, Complementares e Integrativas (MTCI) nos sistemas nacionais de saúde. A Declaração de Alma-Ata (1978) foi um marco muito importante para a inserção das MTCI na Atenção Primária à Saúde (APS) (BRASIL, 2006).

No Brasil, a 8ª Conferência Nacional de Saúde (1986) deliberou pela “introdução de práticas alternativas de assistência à saúde no âmbito dos serviços de saúde, propiciando ao usuário o acesso democrático de escolher a terapêutica preferida”. Foi levada em consideração também as diversas experiências de PICS de profissionais, gestores e usuários, que já existiam naquela época. A institucionalização das PICS no país ocorreu em 1988 logo após a criação do SUS, a partir das Resoluções da Comissão Interministerial de Planejamento e Coordenação (Ciplan), que fixaram normas e diretrizes para o atendimento em homeopatia, acupuntura, termalismo, técnicas alternativas de saúde mental e fitoterapia.

Em 1996, foi aprovada na 10ª Conferência Nacional de Saúde (CNS) a incorporação no SUS de práticas de saúde como Plantas Medicinais e Fitoterapia, Acupuntura e Homeopatia, e, em 2003, constituiu-se o Grupo de Trabalho no Ministério da Saúde com o objetivo de discutir a elaboração da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS (PNPIC).

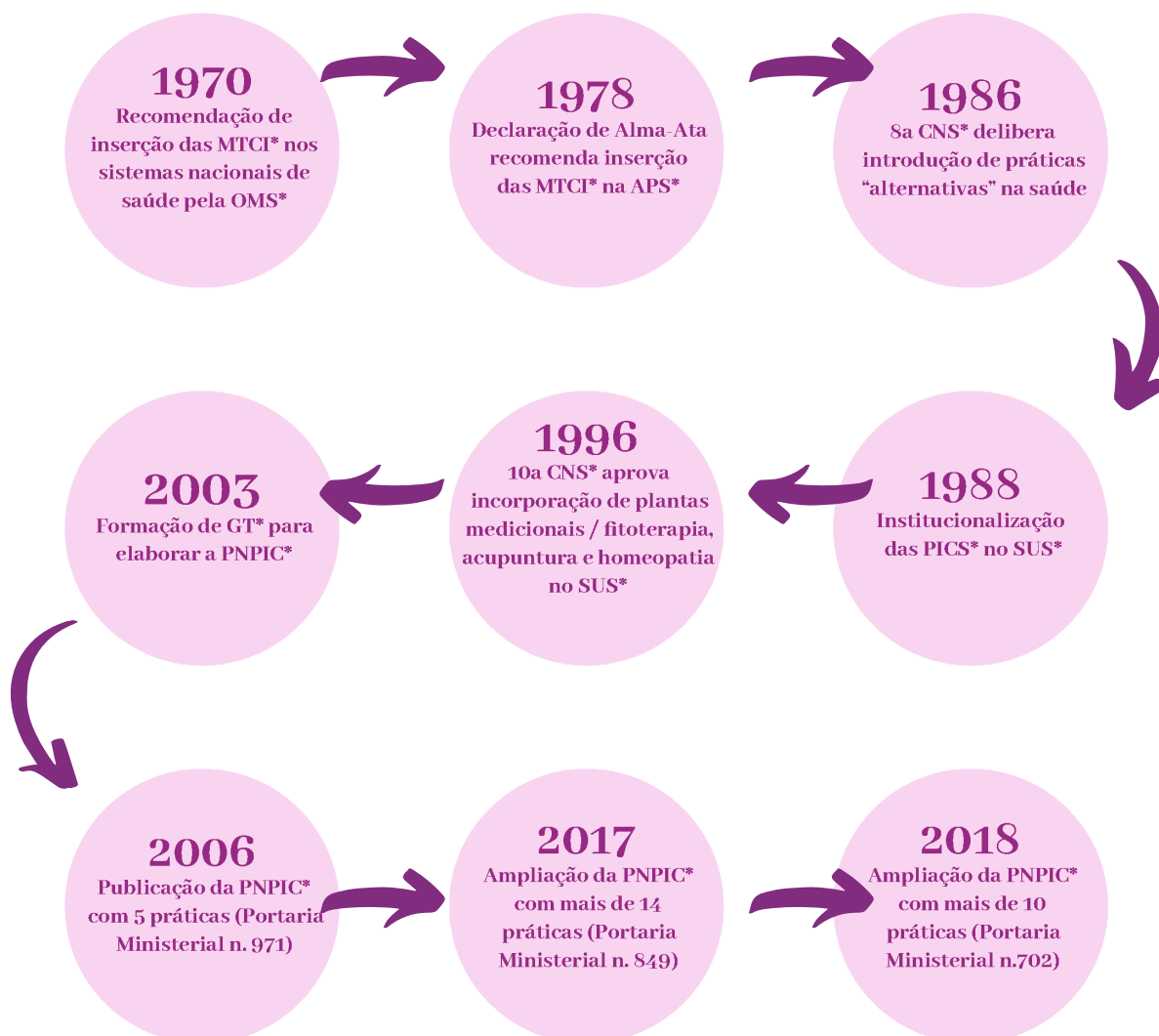
Assim, em 2006, foi publicada a Portaria Ministerial nº 971, de 3 de maio de 2006 que instituiu a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS (PNPIC). Essa política, no momento de sua publicação, contemplava diretrizes e responsabilidades institucionais para oferta de serviços e produtos da homeopatia, medicina tradicional chinesa/acupuntura, plantas medicinais e fitoterapia e criava os observatórios de saúde para medicina antroposófica/antroposofia aplicada à saúde e termalismo social/crenoterapia.

Em março de 2017, a PNPIC foi ampliada em outras 14 práticas a partir da publicação da Portaria Ministerial nº 849, a saber: arteterapia, ayurveda, biodança, dança circular, meditação, musicoterapia, naturopatia, osteopatia, quiropraxia, reflexoterapia, reiki, shantala, terapia comunitária integrativa e yoga, totalizando 19 práticas (BRASIL, 2017b). Em agosto deste mesmo ano, a Resolução nº 553 do Conselho Nacional de Saúde atualiza a Carta dos Direitos e Deveres da Pessoa Usuário da Saúde e reconhece as PICS como um direito.

Por fim, em março de 2018, com a publicação da Portaria Ministerial nº 702, foram incluídas outras dez práticas na PNPIC, quais sejam: apiterapia, aromaterapia, bioenergética, constelação familiar, cromoterapia, geoterapia, hipnoterapia, imposição de mãos, ozonioterapia, terapia de florais e, mudando da condição de observatório para a prática, a medicina antroposófica/antroposofia aplicada à saúde e o termalismo social/crenoterapia (BRASIL, 2018b).

Dessa forma, no Brasil, o movimento para institucionalização das PICS ocorre desde a criação do SUS e se efetivou a partir da publicação da PNPIC. A institucionalização dessas abordagens terapêuticas de cuidado nos serviços de saúde foi também demanda do controle social. Ou seja, trata-se de uma política ascendente, construída há décadas pelas experiências desenvolvidas no território com base nas necessidades locais e de ampla participação popular.

Figura 3: Linha do tempo da inserção das PICS no contexto nacional



Fonte: Elaborado pelas autoras.

*APS: Atenção Primária à Saúde; CNS: Conferência Nacional da Saúde; GT: Grupo de Trabalho; MTCI: Medicinas tradicionais complementares integrativas; OMS: Organização Mundial da Saúde; PICS: Práticas Integrativas e Complementares em Saúde; PNPIC: Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares; SUS: Sistema Único de Saúde.

Vale ressaltar que no contexto internacional, no período de 2002-2005, a OMS publicou um documento com diagnóstico, desafios e potencialidades das MT/MCA, que recentemente foi atualizado originando o documento "Estratégia da OMS sobre medicina tradicional para 2014-2023" que objetiva a promoção da cobertura universal da saúde por meio da integração dela nos sistemas oficiais de saúde (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2002; 2013), reforçando a necessidade de transitar entre os modelos de saúde, utilizando racionalmente as tecnologias duras (para saber mais sobre as tecnologias de cuidado leia-o a seguir) com foco na especialização das áreas da saúde (OTANI; BARROS, 2011).



Que tal saber um pouco mais?

Você conhece as tecnologias de cuidado em saúde? Comumente, pensamos em tecnologia e associamos a aparelhos sofisticados. Na saúde, podemos falar com um sentido ampliado, relacionando recursos humanos e materiais. Podemos pensar enquanto tecnologias de cuidado: tudo o que pode vir a ser utilizado enquanto ferramenta no cuidado às pessoas. Assim, consegue perceber que os próprios profissionais (ou seja, você) podem ser considerados tecnologias em suas interações? Os seus conhecimentos, a sua maneira de agir com as/os usuárias/os e as estratégias que você utiliza fazem parte das tecnologias de cuidado. Emerson Elias Merhy é um estudioso da área que diz que tais tecnologias podem ser: leves, leve-duras ou duras. Ou seja, leves são aquelas que falam do vínculo, das relações, do acolhimento, da gestão dos processos de trabalho; tecnologias leve-duras são os saberes estruturados, como a clínica médica, epidemiológica, nutricional, e as duras se caracterizam pela utilização de equipamentos tecnológicos, máquinas (MERHY, 2002).

Para refletir: Quais seriam as tecnologias de cuidado em saúde que você utiliza e das quais você pode vir a se utilizar no cuidado à obesidade na atenção básica?

E quais são as PICS institucionalizadas pela PNPIC atualmente?

No Glossário Temático: Práticas Integrativas e Complementares em Saúde estão explicitadas, de maneira breve, todas as PICS que o Ministério da Saúde reconhece, incentiva, valoriza e apoia no SUS.



Que tal saber um pouco mais?

Para isso, sugerimos que você entre no link do Glossário: [Clicando aqui](#).

É importante reconhecer que o objetivo dessa leitura é que você tenha acesso a uma noção de como essas práticas se concretizam. Caso tenha interesse, procure conhecer mais profundamente sobre alguma(s) e tente pensar sua interface no cuidado à obesidade.

E como as PICS podem auxiliar no cuidado à saúde de pessoas com obesidade?

As PICS se configuram como importantes ferramentas terapêuticas de cuidado, por serem práticas de abordagem integral que consideram todas as dimensões do ser (físico, emocional, mental e social), com recursos que ampliam as abordagens e o olhar dos profissionais de saúde sobre o processo saúde-doença, além de instrumentalizar e sensibilizar os usuários para seu autocuidado (BRASIL, 2015).

Existem muitas evidências científicas, de alto grau metodológico, que demonstram eficácia das PICS no tratamento complementar de indivíduos adultos com sobrepeso e obesidade, especialmente para redução do Índice de Massa Corporal (IMC), como é o caso de práticas como yoga, auriculoterapia e tai chi chuan (LAUCHE et al., 2016; YANG, 2007; HUANG; GUO; CHOU, 2019; KIM; SHIN; PARK, 2018; GUOHUA, 2015), conforme detalharemos a seguir.

A prática do yoga (LAUCHE et al., 2016; YANG, 2007) e do tai chi chuan (GUOHUA, 2015) apresenta efeito positivo para redução do peso e IMC em indivíduos com prática regular após um ano. Por serem práticas coletivas, o convívio e a integração com os demais praticantes promovem melhorias na autoestima e na interação social, sendo esta integração uma rede de apoio muito importante. O uso da auriculoterapia (HUANG; GUO; CHOU, 2019; KIM; SHIN; PARK, 2018) também auxilia na redução do peso e do IMC. Para potencializar/maximizar este efeito, recomenda-se o tratamento com auriculoterapia durante 12 semanas. Essas práticas são oferecidas nas unidades de saúde e/ou nos dispositivos sociais do território, de forma coletiva, mas também podem ser praticadas de forma individual, inclusive dentro de casa.

O mindfulness é uma prática integrativa que apresenta resultados favoráveis em casos de distúrbios alimentares e compulsão alimentar na população adulta com sobrepeso e obesidade (RUFFAULT et al., 2017; SHAWN et al., 2015), por meio do treinamento da atenção plena (meditação). Esses são alguns dos efeitos positivos, mas, além disso, outros estudos apontam benefícios destas práticas para redução do estresse, melhora do humor, depressão, ansiedade, insônia, melhora da qualidade de vida e bem-estar físico.

Outros elementos importantes são o estabelecimento da relação terapeuta-usuário mais estreita, com maior aproximação, inclusive física, considerando essa relação como importante aspecto no tratamento e cura e valorização de meios de diagnóstico e terapêutica mais simples, mas também com eficácia curativa em casos gerais e comuns de doença (LUZ, 2005). A utilização das PICS no cuidado em saúde pode ser direcionada a qualquer indivíduo acometido por algum agravo e/ou doença já diagnosticado ou não, desse modo as pessoas com obesidade podem ser beneficiadas.



Que tal saber um pouco mais?

Então conheça os mapas de evidência/efetividade clínica das PICS elaborado pelo Consórcio Acadêmico Brasileiro de Saúde Integrativa (CABSIn).

Para acessar [clique aqui](#)



Que tal assistir um vídeo complementar?

Acreditamos que nada melhor que conhecer algo por quem o vivencia. Dessa maneira, sugerimos um vídeo complementar que trará depoimentos de profissionais de saúde e usuárias e usuários a respeito da atuação e benefícios das PICS. Para acessar [clique aqui](#)

De que forma as PICS se inserem na Atenção Primária à Saúde (APS)?

Como sabemos, a APS é considerada no SUS a ordenadora do cuidado e preferencial porta de entrada da rede de atenção à saúde, além de sua conformação de assistência estar em contato direto mais próximo da população. Seus principais objetivos são: o cuidado individual e coletivo a partir da promoção da saúde, prevenção de agravos e doenças, diagnóstico e cuidado contínuo na saúde, respeitando a singularidade do sujeito e trabalhando nos seus determinantes a fim de ofertar uma atenção integral (BRASIL, 2017a).

Caso ache importante, volte ao Módulo 1 e reveja o conceito de determinantes da saúde.

As PICS são transversais em suas ações no SUS e estão presentes em todos os pontos da Rede de Atenção à Saúde (RAS), prioritariamente na APS com grande potencial de atuação em rede (BRASIL, 2015).

As PICS são ferramentas terapêuticas potentes quando integradas ao tratamento complementar de diversas condições de saúde. Além disso, são abordagens que ampliam o olhar dos profissionais sobre o processo saúde-doença e sobre as ofertas terapêuticas de cuidado à população (BRASIL, 2015). Nesse contexto, contribuem para a promoção, prevenção e reabilitação da saúde e manejo clínico de pessoas com doenças crônicas, como a obesidade e suas comorbidades, potencializando o projeto terapêutico singular por meio de seus benefícios.

A inserção das PICS no SUS acontece com “lôcus preferencial” na APS, no entanto, podem ser encontradas na média e alta complexidade (MAC). Nos estados brasileiros, diversos serviços de PICS estão disponíveis em centros especializados de PICS (serviço ambulatorial), demais ambulatorios, CAPS, hospitais, dentre outros.

Onde posso encontrar as PICS em Pernambuco?

A cidade de Recife, capital de Pernambuco, é conhecida por ser uma das pioneiras no país a criar serviços exclusivos de PICS no âmbito da APS - mesmo antes da criação da PNPIC, como, por exemplo, a Unidade de Cuidados Integrados à Saúde Professor Guilherme Abath que existe desde 2004 (SANTOS et al., 2011). Em 2012, por meio da portaria nº. 122 de 6 de julho, o Recife oficializou a sua Política Municipal de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (RECIFE, 2012). Em 2013, foi criado o Centro Integrado de Saúde (atual Serviço Integrado de Saúde), uma unidade de referência nessas práticas, fruto de uma parceria entre a Universidade Federal de Pernambuco (UFPE) e a Secretaria Municipal de Saúde do Recife (SANTOS et al., 2011; BRASIL, 2017c).

Segundo informações do Ministério da Saúde, outros municípios de PE também atuam com práticas integrativas.

Em 2017 e 2018, 169 municípios ofertaram PICS na APS do estado, número que cresceu em 2019, sendo 173, o que corresponde um a aproximadamente 93% dos municípios do estado. Em relação ao número de estabelecimentos de saúde que ofertam PICS na APS do estado, há um crescimento gradual ao longo dos anos. Em 2017 - 994 estabelecimentos, em 2018 - 1024 estabelecimentos e em 2019 - 1073 estabelecimentos de APS ofertando PICS (BRASIL, 2015).

Dentre as práticas ofertadas em Pernambuco estão: medicina tradicional chinesa, terapia comunitária, dança circular/biodança, yoga, massagem, auriculoterapia, massoterapia, arteterapia, meditação, musicoterapia, acupuntura, tratamento termal, tratamento naturopático, e reiki.

É fundamental destacar que o estado de Pernambuco aprovou, em 2020, durante a 516ª Reunião Ordinária do Conselho Estadual de Saúde, a Política Estadual das Práticas Integrativas e Complementares de Pernambuco (PEPIC-PE). A PEPIC tem como objetivo nortear os municípios na implantação e implementação das Práticas Integrativas e Complementares em Saúde na rede de assistência do SUS no estado de Pernambuco visando à promoção, prevenção e a recuperação da saúde, para o cuidado continuado, integral e humanizado. Em breve, a publicação estará disponível para acesso digital.



Que tal assistir um vídeo complementar?

Para conhecer as experiências na APS. Para acessar [clique aqui](#)

Como as PICS estão na média e alta complexidade. Para acessar [clique aqui](#)



Que tal conhecer um pouco mais?

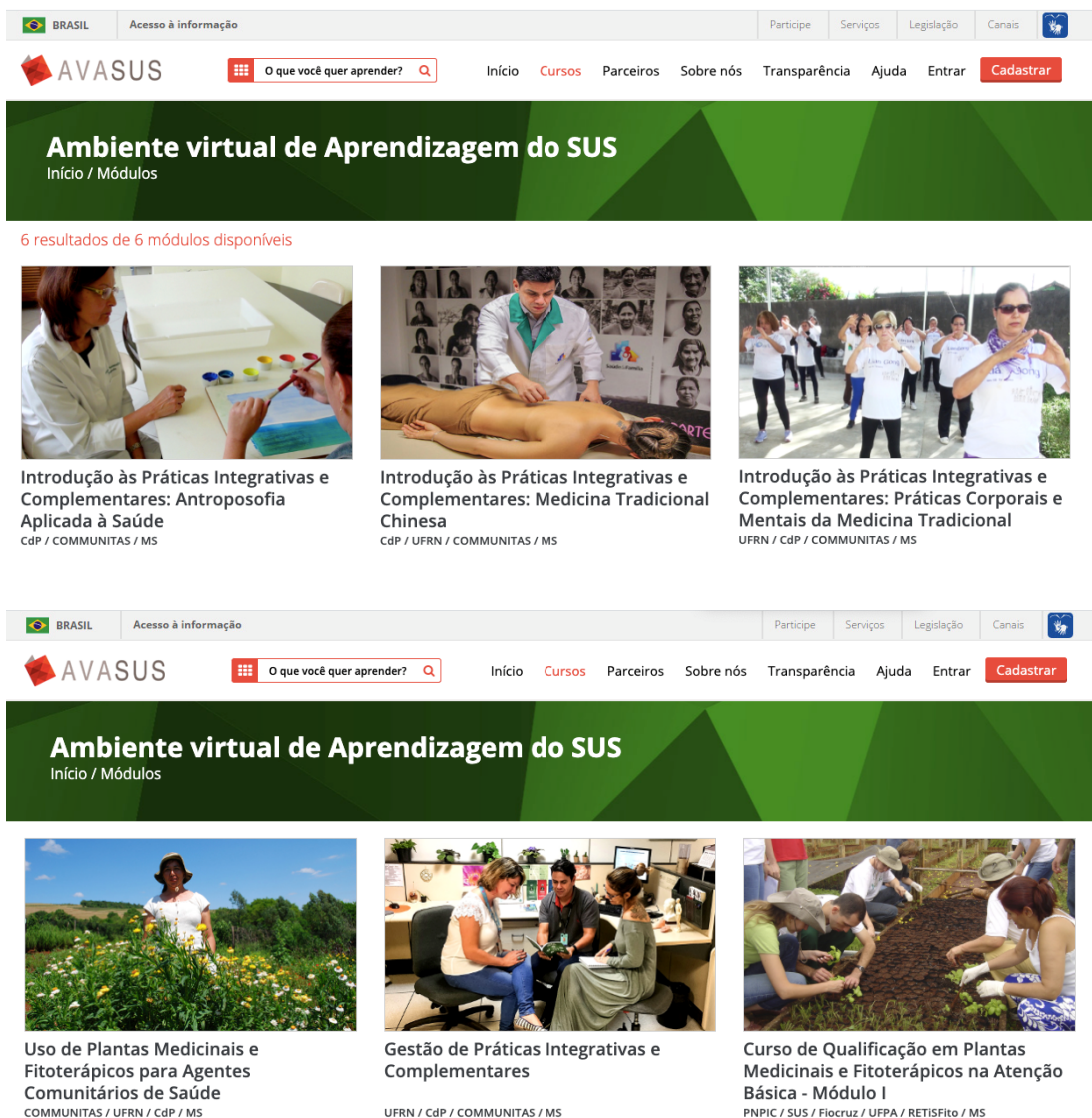
Você pode ler a Política Estadual de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde de Pernambuco, de 2020. [clique aqui](#)

Quais cursos o Ministério da Saúde (MS) oferta para formação em PICS?

Inicialmente, deve-se reiterar que o objetivo desta unidade neste módulo não é capacitar vocês, profissionais de saúde da atenção básica, nas PICS, pois seria impossível dada a quantidade de práticas e o tempo disponível. Porém, reconhecemos a importância de informá-las/ los sobre a existência delas, um pouco de sua história, bem como de suas características atuais e como que, a partir delas, podemos pensar um cuidado diferenciado à obesidade.

A despeito disso, se você ficou interessada/o em conhecer mais, convidamos que você entre no site do MS (<https://aps.saude.gov.br/ape/pics/cursos>) pois estão disponíveis seis cursos que objetivam a qualificação de profissionais do SUS em PICS por meio de educação permanente, na Comunidade de Práticas e na UNA-SUS (Sistema Universidade Aberta do SUS), quais sejam (Figura 3): 1. Curso Introdutório em Práticas Integrativas e Complementares: Práticas Corporais e Mentais da Medicina Tradicional Chinesa; 2. Curso Introdutório em Práticas Integrativas e Complementares: Medicina Tradicional Chinesa; 3. Curso Introdutório em Práticas Integrativas e Complementares: Antroposofia Aplicada à Saúde; 4. Uso de Plantas Medicinais e Fitoterápicos para Agentes Comunitários de Saúde; 5. Gestão de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde – PICS; 6. Curso de Qualificação em Plantas Medicinais e Fitoterápicos na Atenção Básica.

Figura 3: Cursos de PICS no Ambiente virtual de Aprendizagem do SUS



Fonte: <https://avasus.ufrn.br/local/avasplugin/cursos/cursos.php?search=pr%C3%A1ticas+integrativas+>



Que tal conhecer o ObservaPICS?

O Observatório Nacional de Saberes e Práticas Tradicionais, Integrativas e Complementares em Saúde (ObservaPICS) objetiva o compartilhamento de experiências e estudos acerca das PICS com pesquisadores, trabalhadores, gestores e usuários do SUS. Convidamos você a visitar o site e ficar sempre por dentro do que acontece. Para acessar : [clique aqui](#)

Unidade 3

Educação alimentar e nutricional (EAN) e a educação popular em saúde (EPS): Novos conceitos, novos olhares e novos horizontes

Como podemos relacionar a EAN com a promoção da saúde?

Primeiramente, é importante pontuar que muitas das ações de educação alimentar e nutricional (EAN) apresentam um caráter prescritivo e normativo, sendo recorrente observar que o foco central tem sido a difusão de informações sobre os benefícios de determinados alimentos e nutrientes e os malefícios de outros. Esse fato se reflete nas estratégias educativas tradicionalmente utilizadas que são desenvolvidas muitas vezes, de forma fragmentada e desarticulada da realidade local, resultando em ações pouco transformadoras (CASTRO et al., 2007).

Na tentativa de superação dessa abordagem tradicional, a EAN passa a ser reconhecida como:

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, uso de abordagens e recursos educacionais problematizadores e ativos que favoreçam o diálogo junto a indivíduos e grupos populacionais, considerando todas as fases do curso da vida, etapas do sistema alimentar e as interações e significados que compõem o comportamento alimentar (BRASIL, 2012, p. 23).

Devemos considerar que essa prática, além de favorecer o exercício de levar o “saber” científico para conversar com o “saber” popular, potencializa o despertar das aptidões, estimula a criatividade e enriquece o aprendizado dos participantes.



Que tal conhecer o Marco para a EAN?

Para saber mais sobre a trajetória de construção desse novo conceito de EAN, temos como referencial teórico o Marco de Referência de Educação Alimentar e Nutricional para as Políticas Públicas, de 2012.

Para acessar [clique aqui](#)

Nesse contexto, faz-se necessário construirmos, de forma participativa, propostas educativas em saúde com a finalidade de promover mudanças conceituais e práticas, tão necessárias a essa área do conhecimento. Para enfrentar esse desafio, tem sido urgente ampliarmos nossa pauta e nossa visão sobre a EAN. Desse modo, além de trabalhar com conceitos de “empoderamento”, “maior participação”, e “valorização do saber popular”, estamos desenvolvendo também conceitos como “compartilhamento dos saberes”, “construção de parcerias”, “associação de conhecimento e informações”, “negociação de interesses”, entre outros (BRASIL, 2012; SANTOS ET AL., 2012; WEITZMAN, 2008).

Além disso, podemos ressaltar que a EAN representa um poderoso instrumento de promoção da saúde e prevenção das doenças crônicas não transmissíveis (DCNTs) tanto no âmbito individual, quanto no coletivo (BRASIL, 2012). Nesse sentido, os estudos sobre alimentação e nutrição humana têm sido decisivos para orientar programas e políticas públicas para promoção da saúde.

E o que significa a promoção da saúde no âmbito das políticas públicas?

A Carta de Ottawa (1986, p.1), importante documento, elaborado a partir da Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde em 1986, serviu de referencial teórico para a Lei nº 8.080 de 1990, do SUS, e dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, definindo que “a promoção da saúde é o processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo maior participação no controle desse processo”. Por essa ótica, podemos considerar que a qualidade de vida está relacionada a um estado possível de bem-estar físico, emocional, mental e social e que os indivíduos e grupos populacionais devem saber identificar suas aspirações; satisfazer suas necessidades e conseguir se organizar de maneira coletiva para modificar favoravelmente o ambiente político e social (BRASIL, 1990; CARTA DE OTTAWA, 1986).

Assim, pensamos a promoção da saúde como “resultado de um conjunto de fatores sociais, econômicos, políticos e culturais, coletivos e individuais que se combinam de forma particular em cada sociedade e em diferentes contextos sociais”, de maneira que entendemos enquanto recursos indispensáveis para a saúde: “paz, habitação, educação, alimentação, renda, ecossistema estável, recursos sustentáveis, justiça social e equidade e que o incremento nas condições de saúde requer uma base sólida nestes pré-requisitos básicos”, ou seja, a saúde não é responsabilidade exclusiva do setor saúde. Em relação à promoção da saúde, cinco ações são consideradas prioritárias: a) políticas públicas saudáveis; b) criação de ambientes saudáveis; c) reforço à ação comunitária; d) desenvolvimento de habilidades pessoais; e) reorientação dos serviços de saúde (CARTA DE OTTAWA, 1986, p.1).

As propostas para melhorar a efetividade da EAN consideram como elemento central a participação ativa e informada dos indivíduos e grupos populacionais e os esforços conjuntos para resolução dos problemas coletivos. As intervenções educativas, destinadas a auxiliar nas resoluções de problemas de alimentação e nutrição, são reconhecidas como uma estratégia importante das ações de Segurança Alimentar e Nutricional (SAN) pautadas no Direito Humano à Alimentação e Nutrição Adequadas (DHANA) (BRASIL, 2012).

Conversamos sobre o DHANA no Módulo 2, lembra? Caso sinta necessidade, visite novamente o módulo!

Dentro dessa concepção, é de suma importância a implementação de políticas de EAN que tenham por finalidade não somente a incorporação dos aspectos teóricos, mas que vise também a uma perspectiva ecológica, levando em consideração a formação para a cidadania e para um desenvolvimento sustentável das populações.

A EAN deve se respaldar num conceito mais abrangente, que transcenda os aspectos relativos ao uso do alimento e da sua ação no organismo, alcançando, de forma dinâmica, todos os setores que estão interligados na determinação do estado nutricional de uma comunidade. Como, por exemplo, a produção, transporte, armazenamento e comercialização dos alimentos; o poder aquisitivo das famílias como reflexo da economia da região/país, o saneamento e a cultura alimentar (MONTEIRO, 2004).



Que tal conhecer um pouco mais?

Disponibilizamos o e-book: Nossa alimentação: da plantação à mesa/Coordenação e organização: Jailma Santos Monteiro e Wellington Pinheiro dos Santos - Laboratório de Nutrição em Saúde Pública do Departamento de Nutrição da UFPE. Recife PE, 2018. [Acesse aqui.](#)

A educação popular em saúde possui princípios, você sabia?

Para trabalharmos a EAN da maneira que discutimos e acreditamos, trazemos as contribuições da educação popular em saúde (EPS). Para começarmos, apresentamos abaixo os princípios da EPS, no quadro 3.

Quadro 3: Princípios da EPS

PRINCÍPIOS DA EDUCAÇÃO POPULAR EM SAÚDE

I – DIÁLOGO - É o encontro de conhecimentos construídos histórica e culturalmente por sujeitos, ou seja, o encontro desses sujeitos na intersubjetividade, que acontece quando cada um, de forma respeitosa, coloca o que sabe à disposição para ampliar o conhecimento crítico de ambos acerca da realidade, contribuindo com os processos de transformação e de humanização;

II – AMOROSIDADE - é a ampliação do diálogo nas relações de cuidado e na ação educativa pela incorporação das trocas emocionais e da sensibilidade, propiciando ir além do diálogo baseado apenas em conhecimentos e argumentações logicamente organizadas;

III – PROBLEMATIZAÇÃO - Implica a existência de relações dialógicas e propõe a construção de práticas em saúde alicerçadas na leitura e na análise crítica da realidade;

IV - CONSTRUÇÃO COMPARTILHADA DO CONHECIMENTO - consiste em processos comunicacionais e pedagógicos entre pessoas e grupos de saberes, culturas e inserções sociais diferentes, na perspectiva de compreender e transformar de modo coletivo as ações de saúde desde suas dimensões teóricas, políticas e práticas;

V - EMANCIPAÇÃO - é um processo coletivo e compartilhado no qual pessoas e grupos conquistam a superação e a libertação de todas as formas de opressão, exploração, discriminação e violência ainda vigentes na sociedade e que produzem a desumanização e a determinação social do adoecimento;

VI - COMPROMISSO COM A CONSTRUÇÃO DO PROJETO DEMOCRÁTICO E POPULAR - é a reafirmação do compromisso com a construção de uma sociedade justa, solidária, democrática, igualitária, soberana e culturalmente diversa que somente será construída por meio da contribuição das lutas sociais e da garantia do direito universal à saúde no Brasil, tendo como protagonistas os sujeitos populares, seus grupos e movimentos, que historicamente foram silenciados e marginalizados.

Fonte: BRASIL, 2015.

EAN e EPS: possibilidades de transformação por um percurso metodológico inovador

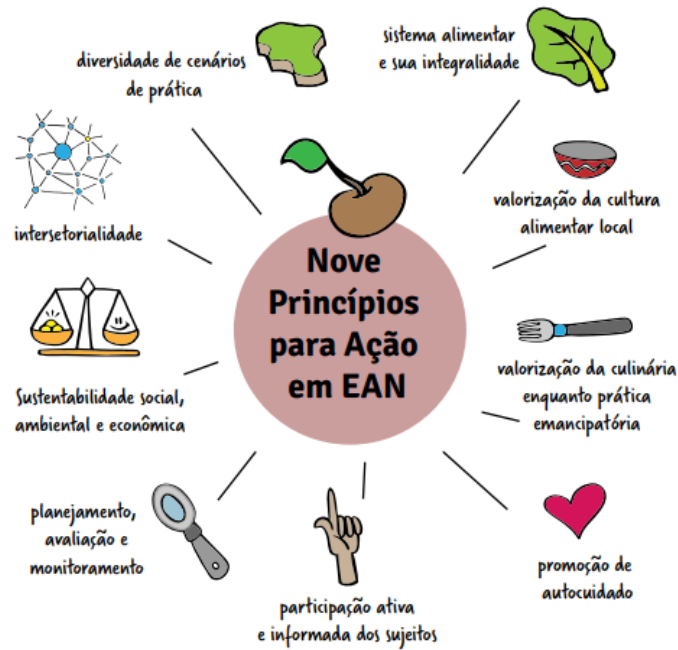
A educação popular em saúde guarda uma coerência política da participação social e das possibilidades teóricas e metodológicas para transformar as tradicionais práticas de educação em saúde em práticas pedagógicas que levem à superação das situações que limitam o bem viver. O movimento de EPS tem raízes nas ideias de Paulo Freire, que trabalhava por uma educação libertadora e dialógica, considerando que todos e todas temos saberes, de forma que “quem ensina aprende ao ensinar e quem aprende ensina ao aprender”, além de sermos seres históricos e inacabados (BORNSTEIN et al., 2017; FREIRE, 1996).

Apesar da ênfase dada a EAN nos últimos anos, contribuindo para o aumento progressivo do interesse sobre a temática, ainda é necessário ampliar a discussão sobre suas possibilidades, limites e o modo como suas práticas são realizadas. Isso porque a EAN não se desenvolveu cientificamente como as demais áreas da nutrição, fato que representou certa limitação no avanço da prática e das bases teórico-metodológicas, bem como da produção acadêmico-científica. Boog (2011) sugere que a EAN deve alcançar todas as pessoas, desde a infância até a velhice, com ações que perpassam pelo ensino formal e ensino informal (ambiente de trabalho e comunidade), conselhos de segurança alimentar, rede de saúde e apoio, e até a mídia.

Você sabia que assim como a EPS, a EAN também tem seus princípios? São 9 princípios norteadores para o planejamento e desenvolvimento das atividades de EAN em qualquer setor que ela esteja inserida (na saúde, educação, assistência social etc.). São eles:

1. Diversidade de cenários das práticas;
2. Sistema alimentar e sua integralidade;
3. Valorização da cultura alimentar local;
4. Valorização da culinária enquanto prática emancipatória;
5. Promoção de autocuidado;
6. Participação ativa e informada dos sujeitos;
7. Planejamento, avaliação e monitoramento;
8. Sustentabilidade social, ambiental e econômica;
9. Intersetorialidade.

Figura 4: Os nove princípios para as ações de EAN



Fonte: adaptado do Marco de Referência em Educação Alimentar e Nutricional para as Políticas Públicas, 2012.



Que tal conhecer um pouco mais?

Indicamos a consulta ao caderno “Princípios e Práticas para Educação Alimentar e Nutricional”, material elaborado à luz do Marco de Referência da EAN (já o sugerimos por aqui, lembra?) e que traz experiências e possibilidades para planejamento e execução de ações de EAN nos diversos territórios. Vale a pena conferir, para acessar [clique aqui](#)

Quais as estratégias metodológicas em EAN pautadas na EPS?

Achamos interessante compartilhar com vocês algumas experiências que tivemos em EAN nessa perspectiva que temos discutido e, a partir de então, mesclamos reflexões teóricas acerca da temática e vivências em Pernambuco, a partir de projetos de extensão da UFPE.

• Rodas de conversa

A introdução de rodas de conversa nos processos educativos é um importante instrumento na concretização dos objetivos baseados na educação popular. As bases teóricas dessas metodologias são pautadas na visão de educação participativa de Paulo Freire, inicialmente utilizada na década de 1950, no Brasil.

As rodas de conversa consistem em um método de participação coletiva de debates acerca de uma temática, por meio da criação de uma conversação, nos quais os sujeitos podem se expressar e, sobretudo, escutar os outros e a si mesmos. Têm como principal objetivo motivar a construção da autonomia dos sujeitos, por meio da problematização, da socialização dos saberes e da reflexão voltada para a ação (FURTADO; FURTADO, 2000).

Nesse momento, trazemos registros das rodas de conversa, norteadas por perguntas geradoras, que tivemos com moradoras e moradores da área pesqueira dos manguezais do Sítio São Bento, em Abreu e Lima-PE, durante trabalhos extensionistas em 2014 – 2015 (Quadro 4).

Quadro 4: Registros das rodas de conversa

| Exemplos/Sugestões de perguntas geradoras | Respostas da comunidade |
|--|---|
| <p>O que é alimentação saudável?</p> | <p>“Eu não sei. É comer arroz, feijão.”</p> <p>“Vê o meu neto: não come. Eu digo a ele: tem que comer comida de panela. É um biscoito, é um [iogurte industrializado] [...] isso não é alimento.”</p> <p>“Se a pessoa não souber se alimentar mesmo, vem fraqueza, vem anemia, vem tudo.”</p> |
| <p>O que facilita e o que dificulta ter uma alimentação saudável?</p> | <p>“Tem o pessoal aí do Centro Espírita que sempre dá uma cesta básica, que já ajuda, né?”</p> <p>“Antigamente ninguém tinha moto não. Trazia o peso na cabeça. Ficava parando, sentando pelo caminho... Até carro de mão, às vezes nem carro de mão tinha... Tinha que trazer o peso na mão mesmo.”</p> <p>“Também não planto porque não dá tempo. Vou pra feira vender de manhã, só chego de 11 horas. Quando chego [...] vou botar a comida, fazer tudinho e me sento um pouquinho se der tempo, se não der, fico até às 6 horas.”</p> |
| <p>Como são feitas as refeições?</p> | <p>“Eu mesmo faço o meu cumê.”</p> <p>“Como de manhã não, é muito difícil. Se tiver pão eu belisco um pãozinho... Tomo um cafezinho... Aqui em casa é tudo assim...Lá pras 8 ou 9 horas como um pãozinho e pronto.”</p> <p>“O que gosto muito é peixe. A nutricionista que vem sempre aqui, com a equipe de médicos [...] Ela disse que é bom pra nós[...] Mas eu saí daqui pra comprar peixe na rua, eu não tenho tempo de me deslocar pra rua pra comprar peixe [...] Eles (os filhos menores) pescam e eu asso e preparo com coco. Eles adoram.”</p> |

Outras possibilidades de perguntas geradoras: "Que alimentos não podem faltar em casa?"; "Vocês conseguem produzir aqui? Se sim, o que mais se planta?"; "Onde são adquiridos os alimentos?"; "Tem algum alimento que quando você come percebe que não fez muito bem?"; "Quais alimentos que quando você come percebe que te fazem bem?"; "Como é a cozinha de vocês? O que vocês utilizam de equipamentos e utensílios para cozinhar?"

Fonte: GORETTI et al., 2015.

Nesse exemplo, verificamos que todas e todos têm consciência da importância da alimentação na promoção da saúde, na prevenção das doenças. As falas expressam a existência de uma dicotomia entre os conceitos que versam sobre a idealização alimentar e a outra que situa o espaço da realidade concreta do cotidiano. As atrizes e atores sociais fazem correspondências entre um saber e outro e trazem à tona as práticas alimentares conjugadas ao modo de vida. Fica evidente a tendência a uma concepção mais arraigada no caráter biológico implícito na construção dos conceitos, uma vez que se referem ao alimento e à sua relação com a saúde e a doença. Observamos a ênfase que as/os entrevistadas/as deram sobre a importância de se consumir os alimentos mais frequentemente produzidos em casa.

• Oficinas temáticas

As oficinas temáticas possibilitam a integração dos membros em posições de facilitadores, co-facilitadores e participantes do grupo, de maneira intercalada. Observamos que essas estratégias metodológicas permitem também uma reflexão acerca dos lugares de poder, pois permitem discutir até que ponto os temas, as técnicas e as estratégias são interessantes aos participantes e, ainda, como a participação do grupo na construção das oficinas e do material produzido podem contribuir para uma educação problematizadora. Sendo assim, sugerimos que, havendo possibilidade, as oficinas sejam planejadas semanalmente, de modo a acompanhar o interesse pelas temáticas sugeridas.

No que se refere às práticas em EAN, é importante que sejam considerados os diversos contextos com o objetivo de construir saberes de maneira compartilhada, com papéis sociais distintos, produzindo aprendizagens significativas e ratificando uma ética inclusiva. Desse modo, dimensionando a participação ativa de diversos interlocutores/sujeitos em práticas cotidianas, é possível vislumbrar a formação de cidadãos críticos e informados com habilidades para agir em defesa da vida e de sua qualidade, panorama este fomentado pela conscientização da coletividade por meio da educação popular em saúde.

Perceba que uma educação problematizadora é realmente construída em conjunto com os indivíduos e que não apenas o tem como mero receptáculo de soluções pré-digeridas por terceiros, possibilitando o pensar em seus problemas e o acesso a potenciais soluções. Seguindo a lógica Freireana, reconhece-se que a conscientização é capaz de possibilitar uma maior capacidade organizacional das pessoas, de modo que elas possam exercer prioridades decididas por elas mesmas de maneira autônoma, resultando no empoderamento.

Essa prática educativa mostra que atividades pedagógicas interativas e dialógicas são instrumentos de sensibilização que intensificam o processo de conscientização sobre a necessidade de bons hábitos alimentares, escolhas saudáveis e capacitam os grupos populacionais para transformações da realidade, respeitando o seu universo cultural, entendendo a prática pedagógica como dinâmica de participação popular (WEITZMAN, 2008).

Pensar a EAN em uma perspectiva transformadora requer a criação, o aprendizado e a experiência de outras formas de trabalho interdisciplinares que possibilitem para além de uma reflexão conceitual, problematização da vivência de forma participativa, sendo um caminho promissor para a promoção da alimentação adequada e saudável na perspectiva da SAN e do DHANA.



Que tal conhecer um pouco mais?

Sugerimos dois excelentes materiais que consideramos inspiradores para concepção, elaboração, implantação e avaliação de oficinas temáticas:

WEITZMAN, R. Educação Popular em Segurança Alimentar e Nutricional: uma metodologia de formação com enfoque de gênero. Belo Horizonte: Rede de Intercâmbio de Tecnologias Alternativas, 2008. v. 3.000. 232p.

Para acessar [clique aqui](#).

BRASIL. Ministério da Saúde. Universidade Federal de Minas Gerais. Instrutivo: metodologia de trabalho em grupos para ações de alimentação e nutrição na atenção básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2016. 168 p.

Para acessar [clique aqui](#).

• Culinária criativa

A alimentação saudável, no contexto da SAN, está diretamente relacionada ao respeito aos hábitos alimentares; a acessibilidade; aos aspectos de segurança sanitária e ambiental; ao equilíbrio nutricional pela variedade de alimentos, de preferência in natura e minimamente processados; a adaptação ao cotidiano dos diversos grupos populacionais e, especialmente, ao prazer no ato de se alimentar (BRASIL, 2006b; 2014b).

Nessa perspectiva, esse ato é um reflexo do conhecimento construído nas relações sociais e, por meio da comida, podem ser transmitidos valores, memórias familiares, relações afetivas, significados simbólicos, relações de trabalho, de sobrevivência, entre outros aspectos subjetivos (ROTEMBERG et al., 2011). Por esse motivo, a alimentação cumpre um papel na construção de identidades individuais e coletivas que vai além do campo físico e biológico.

Lembra que conversamos sobre isso em nosso módulo anterior? Quando sentir necessidade, é só voltar lá!

Num processo de transformação, o alimento natural se transforma em comida e esse, por sua vez, está inserido no plano cultural que inclui a culinária (FERNÁNDEZ ARMESTO, 2004; BELUZZO et al., 2006). Segundo Chauí (2005), a culinária é uma arte e, como tal, pode ser ensinada e aprendida, apresentando uma especificidade instrumental para ser realizada, além de uma simbologia linguística e imagética peculiar. Nesse sentido, pode ser também compreendida como um sistema de regras que variam em função da cultura e da história de cada grupo social (FERNÁNDEZ-ARMESTO, 2004; BURLANDY, 2008). Assim, o patrimônio culinário expresso nos pratos, nas receitas tradicionais faz parte da memória afetiva, do registro, da transmissão oral de nossa herança cultural (BELUZZO et al., 2006).

No Brasil, a urbanização, a industrialização, o desenvolvimento tecnológico, a mídia e o discurso científico influenciaram de formas distintas os grupos sociais, sendo esse histórico de construção do mundo contemporâneo a mola propulsora das modificações observadas nos padrões de conduta alimentar das famílias. A entrada das mulheres no mercado de trabalho formal em uma sociedade com raízes patriarcais e que ainda precisa avançar quanto à divisão dos trabalhos domésticos, o pouco tempo disponível para o preparo dos alimentos; o aumento do consumo de alimentos industrializados, a redução do consumo de alimentos in natura, a busca por praticidade e a rapidez nos preparos, associados à alimentação realizada fora de casa, possuem uma relação direta com a redução da prática culinária nas famílias (CASTRO et al., 2007; BRASIL, 2006a).

A culinária é uma prática social e um eixo estruturante da EAN, uma vez que, por meio dessa estratégia, é possível proporcionar uma experiência de vivência e reflexão sobre as relações entre alimentação, cultura e saúde com foco na comida e todo o seu significado simbólico (CASTRO et al., 2007; ROTEMBERG e tal., 2011; BRASIL, 2012). Como traz o IV princípio para as ações de EAN: “saber preparar o próprio alimento gera autonomia, permite praticar as informações técnicas e amplia o conjunto de possibilidades dos indivíduos” (BRASIL, 2012).

As oficinas de culinária criativa (respaldadas na metodologia referida por Rotenberg et al., 2011), são realizadas considerando-se os seguintes aspectos: cultura local; necessidades e prioridades do grupo apontadas pelos participantes em rodas de conversas, entrevistas e conversas informais; temáticas selecionadas de acordo com os interesses, as prioridades e necessidades apontadas pelos grupos; interdisciplinaridade; recursos disponíveis (financeiros, espaço e estrutura física do local a ser realizada a oficina, equipamentos, utensílios e gêneros alimentícios).

Quadro 5: Estruturação das oficinas de culinária criativa com grupo de mulheres no Sítio São Bento, Abreu e Lima/PE, ano 2014-2015

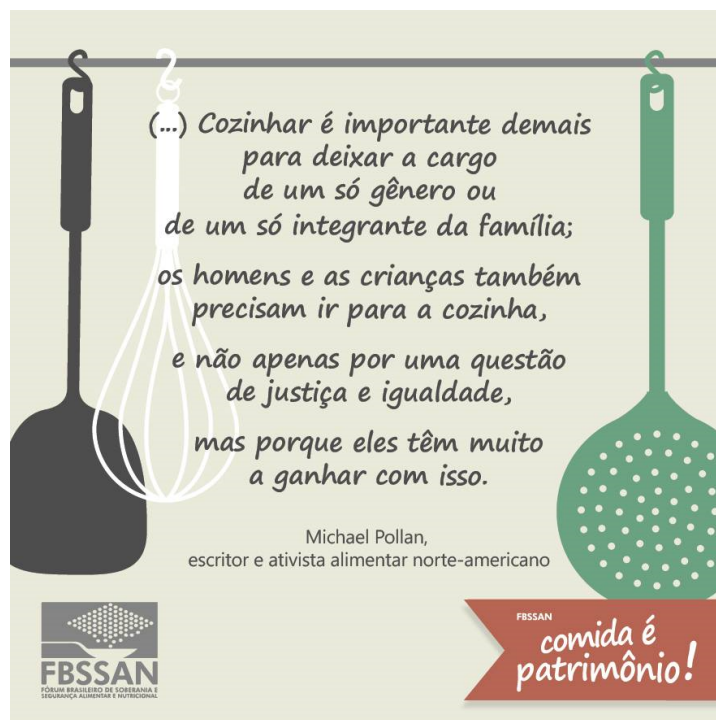
| | | |
|-------------------|---|---|
| Preparação | Pesquisa-ação participativa para diagnóstico situacional local e educativo. | Por meio de rodas de conversas, entrevistas formais e não formais, visitas domiciliares e ao comércio local, desenvolver pesquisa do histórico sócio cultural; dos sistemas de produção e de modos de aquisição de alimentos; do acesso e processamento dos alimentos; práticas, hábitos e culturas alimentares e do ato de comer; valores |
| | Pesquisa-ação participativa para diagnóstico situacional local e educativo. | sociais, culturais e afetivos; conhecimentos e saberes sobre alimentação saudável e adequada; programas e projetos em saúde já existentes; viabilidades de ações, demandas e interesses em EAN, entre outros, no sentido de direcionar, junto aos atores e atoras, o planejamento participativo das oficinas. |
| | Ambientação | Seleção, compra, higienização, apresentação dos gêneros alimentícios, organização dos utensílios e equipamentos, ambientação do espaço com fotos, cartazes, músicas articuladas à temática. |
| | Temáticas e dinâmicas | Em cada oficina, podem ser trabalhadas temáticas escolhidas participativamente. Exemplos: alimentação saudável e um prato saudável e adequado; higiene do corpo e do ambiente; nutrição e ecologia integral; a alimentação: um direito de todos, aproveitamento integral dos alimentos, alimentos funcionais, dentre outros. Planejar previamente dinâmicas que se inserem também no aquecimento para iniciar a vivência culinária. |
| Realização | Acolhimento e trabalho dos temas e degustação | Inclui a apresentação dos participantes e da proposta de trabalho, por meio de dinâmicas de grupo; posteriormente, são apresentadas as temáticas e realizada a parte culinária seguida da degustação. |
| | Reflexão | No momento seguinte, avaliação por meio de escuta das opiniões, falas e dúvidas dos participantes. Exemplo: solicitar que cada um expressasse seu sentimento e/ou sensação em relação à atividade, grau de satisfação das preparações e oficinas. |

Fonte: GORETTI et al., 2015.

Percebemos que a produção coletiva propiciou o resgate de receitas antigas, gostos e memórias familiares, experiências com as novas preparações e, além disso, a revelação de novas habilidades, a ludicidade e o fortalecimento das relações interpessoais e da solidariedade. No que se refere à cultura alimentar, as reflexões realizadas durante as oficinas oportunizaram o fortalecimento e a valorização do ato de comer e de cozinhar como práticas sociais impregnadas de serem resgatadas, mesmo considerando-se as dificuldades e obstáculos da contemporaneidade.

As oficinas de culinária são consideradas como uma das estratégias metodológicas viáveis para a EAN por: possibilitar a expressão de opiniões e conceitos sobre alimentação e modo de vida saudável; proporcionar momentos de troca de saberes e de experiências; possibilitar a conversação sobre a formação de hábitos e condutas alimentares e as histórias das raízes culturais de nossa alimentação; facilitar a reflexão sobre a produção e o consumo de alimentos, problematizando a relação entre o homem e o alimento no âmbito social; desenvolver habilidades culinárias (ROTENBERG et al., 2011).

Para terminar essa parte da conversa, trazemos aqui um Pensamento-Pimenta da campanha “Comida é Patrimônio”, do Fórum Brasileiro de Soberania e Segurança Alimentar e Nutricional (FBSSAN). Em tempos de fast-food e extrema industrialização, te convidamos a refletir sobre o como o ato de cozinhar pode ser revolucionário e benéfico para cada um/a de nós.



Fonte: <https://fbssan.org.br/mobilizacao/comida-e-patrimonio/>

Ah, lembramos que, no Módulo 3, conversamos um pouco sobre habilidades culinárias e indicamos alguns materiais que também podem ser interessantes para essas atividades de culinária criativa. Se sentir necessidade, volta lá para lembrar!

- **Produção de material lúdico e educativo**

A ludicidade é considerada uma importante ferramenta educativa, por ser o ato de brincar e a brincadeira, uma estratégia educativa criativa que torna o processo de ensino libertador e transformador (NILES; SOCH, 2015). Assim, o espaço educativo passa a ser visto como espaço de compartilhamento do conhecimento interpessoal e pessoal, que pode proporcionar o desenvolvimento da autoestima, o aprimoramento de habilidades e a formação de hábitos.

O lúdico torna-se fundamental no processo pedagógico educacional em saúde, sendo indispensável na formação dos participantes, independente de faixa etária, pois pode possibilitar aos diversos grupos populacionais, desde a inversão de papéis até o resgate de sua cultura, espontaneidade, imaginação e criatividade.

É importante considerar que estratégias metodológicas, interdisciplinares, pautadas nos princípios filosóficos da educação, tendo como referenciais teóricos a educação problematizadora de Paulo Freire, acrescida das contribuições de Edgar Morin (2013) e de Francisco Imbernón (2011) para a EAN estimulam e remetem a utilização de instrumentos lúdicos e educativos.

É importante que o material lúdico seja concebido, planejado e confeccionado conjuntamente pelos atores e atoras participantes das oficinas. Para isso, é interessante que a equipe de saúde conheça a realidade dos mesmos a partir de observação e construção de dados (por meio de rodas de conversa, visitas domiciliares, entrevistas e conversas informais, observações das brincadeiras e festejos culturais locais; dos mitos e lendas, linguagem popular; meios, canais e formas de comunicação formais e informais, grupos de cultura popular, entre outros, por exemplo) do cenário e da realidade sociocultural do grupo, para que, na sequência, possa ser feito o planejamento das oficinas.

Nessas oficinas podem ser produzidos vídeos, músicas, slides, contação de histórias, dramatizações, histórias em quadrinho, teatro de fantoches, jogos, brincadeiras, dinâmicas, jornais de circulação, entre outros, que possibilitem a expressão de opiniões das e dos atores e trocas de saberes e conhecimentos. Além disso, os participantes devem estar livres para escolha da forma e da criação de tais materiais lúdicos e educativos nessas oficinas.

As estratégias pedagógicas, utilizadas de forma interativa e lúdica, são efetivas em tornar o aprendizado mais significativo e mais prazeroso para a EAN. Ressaltamos que a dimensão interdisciplinar dessa metodologia, evidencia seu caráter criador, dialógico e integrativo, o que torna extremamente válidas as experiências, uma vez que favorecem a articulação dos processos de reflexão, discussão, análise e socialização de ideias (MONTEIRO et al., 2005; MONTEIRO et al, 2012).

- **O papel das hortas como um dos eixos estruturantes da EAN**

Considerando a natureza complexa e interdisciplinar do processo educativo, que viemos conversando até o momento, faz-se necessário que nas metodologias de EAN os diversos saberes e conhecimentos dialoguem sob diferentes óticas, com uso de diferentes linguagens, mesmo que na prática isso possa ser encarado enquanto um desafio para educadores e educandos.

Para se obter resultados exitosos em EAN, como em qualquer outro processo educativo, há de existir continuidade e permanência das vivências e práticas educativas, num processo amplo que envolva o desenvolvimento pessoal e coletivo; o uso de metodologias de ensino-aprendizagem capazes de estimular habilidades adequadas e criativas, em um contexto lúdico; a promoção da autonomia e autossuficiência, a partir da sensibilização para a tomada de consciência que permitam aos participantes realizarem escolhas alimentares saudáveis, de forma consciente.

A horta e as oficinas de culinária criativa têm sido utilizadas como instrumentos lúdicos e educativos, de natureza multi, inter e transdisciplinar, consideradas como um dos eixos estruturantes da EAN mais importantes, atualmente. As vivências realizadas nas hortas, em diversas instituições (ONGs, hospitais, escolas, cursos de graduação, creches, entre outros espaços) mostram que o simples ato de estar em contato com a terra e cultivar hortaliças e outros vegetais permite aos atores perceberem o processo de crescimento, as etapas do plantio até a colheita e, por meio de oficinas de culinária, utilizar os alimentos cultivados e degustá-los.

Essas vivências podem propiciar: a cooperatividade a partir do trabalho em grupo; “relacionamento entre pessoas com diferentes aptidões e gostos alimentares; a apreensão de novos conhecimentos e valores; desenvolvimento de atitudes, tais como; a tomada de decisões; saber ouvir e ser orientado; dar sentido às questões agrícolas, ecológicas e ambientais; discutir temáticas a respeito: do uso de agrotóxicos; importância da agroecologia e da agrofloresta; consumo de alimentos orgânicos e agroflorestais; importância da produção agrícola e de toda a cadeia produtiva; importância e reconhecimento do papel do agricultor, entre outros” (CASTRO, et al., 2007; ROTEMBERG et al., 2011; GORETTI, et al., 2015).

Em relação a hortas desenvolvidas com escolares, Gadotti (2003, p. 63), afirma:

Um pequeno jardim, uma horta, um pedaço de terra, é um microcosmos de todo o mundo natural. Nele encontramos formas de vida, recursos de vida, processos de vida. A partir dele podemos reconceitualizar nosso currículo escolar. Ao construí-lo e cultivá-lo podemos aprender muitas coisas. As crianças o encaram como fonte de tantos mistérios! Ele nos ensina os valores da emocionalidade com a Terra: a vida, a morte, a sobrevivência, os valores da paciência, da perseverança, da criatividade, da adaptação, da transformação, da renovação.



Que tal conhecer um pouco mais?

Gostou da possibilidade de realização de atividades lúdicas e de construção de hortas? Pensando nisso, sugerimos a leitura do material: “Agroecologia nas escolas públicas: educação ambiental e resgate de saberes populares – caderno de metodologias (2019)”.

Essa cartilha é fruto de um projeto de extensão e “propõe a criação de espaços pedagógicos nas temáticas de meio ambiente, agroecologia, cultura e identidade, para estimular reflexões sobre temáticas socioambientais próprias do seu território e nas relações com os demais territórios”

E então, o que acha de “movimentar o território” para promoção da saúde através de estratégias como essas? Para te inspirar no processo criativo, enviamos o link de acesso ao material: [clique aqui](#).

• Aprendizagem baseada em projetos

Essa estratégia metodológica visa à construção de conhecimento por meio da investigação motivada por uma dúvida, problema ou desafio. A partir disso, os atores e atoras se envolvem em um processo de pesquisa, elaboração de hipóteses, busca por recursos e aplicação prática da informação até chegar a uma solução e/ ou produto final.

A aprendizagem baseada em projetos torna o aprender e o fazer inseparáveis, inseridos em uma contextualização social, motivando a comunicação entre pares e a criação a partir do conhecimento, interesse e conhecimentos prévios dos atores e atoras. Desse modo, os participantes podem organizar suas descobertas em formatos multimídia, fazendo uso de gráficos e tabelas, vídeos, aplicativos e ferramentas. É importante ressaltar que nessa metodologia, não cabe à educadora e ao educador expor todo o conteúdo para que, então, as pessoas que participam comecem a trabalhar.

São os próprios atores e atoras que devem buscar os conhecimentos necessários para atingir seus objetivos, contando com a orientação da educadora e do educador – portanto, um mesmo projeto realizado por grupos distintos pode chegar a resultados completamente diferentes e, inclusive, acrescentar aprendizados diferentes.

Referências

BATISTA, N.A. Educação interprofissional em saúde: concepções e práticas. Cad FNEPAS, Rio de Janeiro, V.2, p.25-28, jan. 2012.

BELUZZO, R. et al. A valorização da cozinha regional. In: ARAÚJO, W.M.C.; TENSER, C.M.R. (Org.). Gastronomia: cortes e recortes. Brasília, DF: SENAC, 2006.

BERTALANFFY, L. Teoria geral dos sistemas: aplicação à psicologia. In: BERTALANFFY et al. (Ed.). Teoria dos sistemas. Rio de Janeiro: FGV, 1976.

BOOG, M. C. F. Educação nutricional: passado, presente e futuro. Rev. Nutr. PUCAMP, Campinas, v. 10, n. 1, p. 5-19, jan./jun.1997.

BORNSTEIN, V. J. (Org.). Formação em educação popular para trabalhadores da saúde. Rio de Janeiro: EPSJV, 2017. 284 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Perspectivas e desafios no cuidado às pessoas com obesidade no SUS: resultados do laboratório de inovação no manejo da obesidade nas Redes de Atenção à Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2014a. (NAVEGADORSUS, Série Técnica Redes Integradas de Atenção à Saúde, v. 10.)

BRASIL. Ministério da Saúde. Como passar da teoria à experiência ou da experiência à teoria: uma lição aprendida. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2007. (Caderno de Educação e Saúde, Textos básicos).

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria n. 702, de 21 de março de 2018. Altera a Portaria de Consolidação nº 2/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para incluir novas práticas na Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares – PNPIC. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2018b. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2018/prt0702_22_03_2018.html. Acesso em: 30 nov. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS – PNPIC-SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política nacional de práticas integrativas e complementares no SUS: atitude de ampliação de acesso. 2 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2018c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Geral da Política de Alimentação e Nutrição. Guia Alimentar para a população brasileira: promovendo a alimentação saudável. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Guia alimentar para a população brasileira. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2014b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. II Caderno de educação popular em saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2014c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Secretaria de Atenção à Saúde. Glossário temático: práticas integrativas e complementares em saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2018d.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Marco de referência de educação alimentar e nutricional para as políticas públicas. Brasília: MDS - Secretaria Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 2.761, de 19 de novembro de 2013. Institui a Política Nacional de Educação Popular em Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (PNEPS - SUS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2761_19_11_2013.html. Acesso em: 30 nov. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 849, de 27 de março de 2017. Inclui a Arteterapia, Ayurveda, Biodança, Dança Circular, Meditação, Musicoterapia, Naturopatia, Osteopatia, Quiropraxia, Reflexoterapia, Reiki, Shantala, Terapia Comunitária Integrativa e Yoga à Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares. Brasília: Ministério da Saúde, 2017b. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt0849_28_03_2017.html. Acesso em: 30 nov. 2020.

CAPRA, F. A teia da vida: Uma nova compreensão científica dos sistemas vivos. São Paulo: Cultrix, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. O SUS das Práticas Integrativas: Meditação. 10 de maio de 2017c. Disponível em: <https://aps.saude.gov.br/noticia/2356>. Acesso em: 06 nov. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde; UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS. Instrutivo: metodologia de trabalho em grupos para ações de alimentação e nutrição na atenção básica. Brasília: Ministério da Saúde; Universidade Federal de Minas Gerais, 2016.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social. Secretaria Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional. Princípios e Práticas para Educação Alimentar e Nutricional. Brasília: Ministério do Desenvolvimento Social, 2018e.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política nacional de práticas integrativas e complementares no SUS: atitude de ampliação de acesso. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_praticas_integrativas_complementares_2ed.pdf. Acesso em: 27 mar. 2020.

- BRASIL. Ministério da Saúde. Obesidade. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. (Cadernos de Atenção Básica, n. 12) (Série A. Normas e Manuais Técnicos).
- CARTA de Ottawa. Ottawa: [s. n.], 1986. Carta de intenções apresentada pela Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, realizada em Ottawa, Canadá, em novembro de 1986.
- CARVALHO, M. C.; MARTINS, A. A obesidade como objeto complexo: uma abordagem filosófico-conceitual. *Ciênc. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 9, n. 4, p. 1003-1012, dez. 2004.
- CASTRO, I. R. R. et al. A culinária na promoção da alimentação saudável: delineamento de método educativo dirigido a adolescentes e a profissionais das redes de saúde e de educação. *Rev. Nutr.*, Campinas, v. 20, n. 6, p. 571-588, Dez. 2007.
- CECCIM, R.B. Interprofissionalidade e experiências de aprendizagem: inovações no cenário brasileiro. In: TOASSI, R.F.C. (Org.). *Interprofissionalidade e formação na saúde: onde estamos?* Porto Alegre: Rede UNIDA, 2017. p. 49-67. CHAUÍ, M. *Convite à filosofia*. 13. ed. São Paulo: Ática, 2005.
- CONFERÊNCIA NACIONAL DE SEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL, 2., 2004, Olinda. Relatório Final. Olinda: Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional, 2004. Tema: A construção da Política Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional
- D'AMOUR, D; OANDASAN, I. Interprofessionality as the field of interprofessional practice and interprofessional education: an emerging concept. *J Interprof Care*, London, v.19, sup.1, p.8-20, 2005.
- DUHAMEL, F. *La santé et la famille: une approche systémique en soins infirmiers*. Montréal: Gaëtan Morin, 1995.
- FURTADO, R.; FURTADO, E. *A intervenção participativa dos atores – INPA: uma metodologia de capacitação para o desenvolvimento sustentável*. Brasília: II CA, 2000.
- GADOTTI, M. *Boniteza de um sonho: ensinar-se e aprender com sentido*. Novo Hamburgo: Freevale, 2003. 80p.
- GORETTI, M. S. F; MONTEIRO, J.S.; ARAÚJO, J.P.A. *Culinária criativa: estratégia para a Educação Alimentar e Nutricional com moradores da Zona Rural*. Recife: UFPE/Curso de Graduação em Nutrição, 2015.
- GUOHUA, Z. et al. Tai Chi Chuan for the Primary Prevention of Stroke in Middle-Aged and Elderly Adults: A Systematic Review. *Evid Based Complement Alternat Med*, Oxford, p. 1-18, feb, 2015.
- HUANG, C.F.; GUO, S.E.; CHOU, F.H. Auricular acupressure for overweight and obese individuals: A systematic review and meta-analysis. *Medic.*, Baltimore, v.98, n.26, p.16144, Jun. 2019.

IMBERNÓN, F. Formação docente e profissional: formar-se a mudança e a incerteza. Trad. Silvana Cobucci Leite. 9. ed. São Paulo: Cortez, 2011.

KIM, S.Y.; SHIN, I.S.; PARK, Y.J. Effect of acupuncture and intervention types on weight loss: a systematic review and meta-analysis. *Obes Rev. England*, v.19, n.11, p.1585-1596, nov.2018.

KUNH, T. A estrutura das revoluções científicas. São Paulo: Perspectiva, 2007.

LAUCHE, R. et al. A systematic review and meta-analysis on the effects of yoga on weightrelated outcomes. *Prev. Med.* V.87, p.213-232, Apr. 2016.

LUZ, M. T. Estudo comparativo das racionalidades médicas: medicina ocidental contemporânea, homeopática, chinesa e ayúrvédica. In: PELIZZOLI, M. Saúde em novo paradigma: alternativas ao modelo da doença. Recife: Ed. Universitária da UFPE, 2011. p.151-176.

LUZ, M. T. Medicina e racionalidades médicas: estudo comparativo da medicina ocidental contemporânea, homeopática, chinesa e ayurvédica. In: CANESQUI, A.M.(Org.). Ciências sociais e saúde para o ensino médico. São Paulo: Editora Hucitec, 2000. p. 181-200.

LUZ, M. T. Cultura Contemporânea e Medicinas Alternativas: Novos Paradigmas em Saúde no Fim do Século XX. *PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 15, supl., p.145-176, 2005.

LUZ, M. T. Racionalidades médicas e terapêuticas alternativas. In: Série Estudos em Saúde Coletiva. n.62. Rio de Janeiro: ERJR/IMS; 1993.

MATURANA, H.R.; VARELA, F. A árvore do conhecimento: as bases biológicas do entendimento humano. Trad. de Jonas Pereira dos Santos. Campinas: Editorial Psy II, 1995.

MERHY, E. E. Saúde: cartografia do trabalho vivo em ato. São Paulo: Hucitec, 2002.

MONTEIRO, E. A. A.; OLÍMPIA, J. S. M.; SOUZA, P. A. S.; SÁ, C. S. Resgate da concepção criativa e humanizada no processo pedagógico da educação nutricional. *Rev. Bras. de Nutr. Clínica*, v. 23, n. 2, p. 51-55, 2008.

MONTEIRO, E.A.A. Estratégias de Intervenção para Educação em Alimentação e Nutrição. 2004. Tese (Doutorado em Nutrição) – Universidade Federal de Pernambuco, CCS, Programa de Pós-graduação em Nutrição, Recife, 2004.

MONTEIRO, J. S. (Org). Educação Nutricional e Ecologia por uma Cultura de Paz: uma proposta em construção. Recife: Ed. Universitária da UFPE, 2012. 183p.

MORIN, E. Os setes saberes necessários a educação do futuro. 8 ed. São Paulo: Cortez, 2003. 118p.

NASCIMENTO, M. C. et. al. A categoria racionalidade médica e uma nova epistemologia em saúde. *Ciênc. Saúde Coletiva*, Rio de janeiro, v.18, n.12, p. 3595-3604, 2013.

NCCIH – National Center for Complementary and Integrative Health. Complementary, alternative, or Integrative health: what's in a name? Disponível em: <https://nccih.nih.gov/health/integrative-health>. Acesso em: 15 dez 2019.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Obesity: preventing and managing the global epidemic. Report of a WHO consultation on obesity. Geneva, Switzerland: WHO, 2000. (WHO Technical Report Series, n. 894).

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Physical status: the use and interpretation of anthropometry. Geneva, Switzerland: WHO, 1995. (WHO Technical Report Series, n. 854).

OTANI, M. A. P.; BARROS, N. F. A Medicina Integrativa e a construção de um novo modelo na saúde. *Ciênc. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 3, p. 1801-1811, Mar. 2011.

PEDUZZI, M; AGRELI, H.F. Trabalho em equipe e prática colaborativa na Atenção Primária à Saúde. *Interface*, Botucatu, v. 22, supl. 2, p. 1525-1534, 2018.

RECIFE. Prefeitura do Recife. Portaria n° 122, de 6 de julho de 2012. Criação da Política Municipal de Práticas Integrativas e Complementares. Publicada no Diário Oficial do Município do Recife. 13 de setembro de 2012. <Disponível em: https://www.fcm.unicamp.br/fcm/sites/default/files/2016/page/pmpic_recife.pdf> Acesso: 26/12/2019).

ROMESÍN, H.M. Da biologia à psicologia. Trad. de Juan AcunãLlorens. Porto Alegre: Artes Médicas, 1998.

ROTENBERG, S. et al. Oficinas culinárias na promoção da saúde. In: DIEZ-GARCIA, R.W.; CERVATO-MANCUSO, A.M. (Orgs). Mudanças alimentares e educação nutricional. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.

RUFFAULT, A. et al. The effects of mindfulness training on weight-loss and health-related behaviours in adults with overweight and obesity: A systematic review and meta-analysis. *Obes Res Clin Pract*. Amsterdam, v. 11, 5 Sup.1, p.90-11, sep./oct. 2017.

SANTOS, F. A. S. et al. Política de práticas integrativas em Recife: análise da participação dos atores. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v. 45, n. 6, p. 1154-1159, Dez.2011.

SANTOS, J.M. (Org). Educação nutricional e ecologia por uma cultura de paz. Recife: Ed. Universitária da UFPE, 2012.

SHAWN, N.K. et al. Mindfulness meditation as an intervention for binge eating, emotional eating, and weight loss: A systematic review. *Eat Behav*. v.15, n.2, p.197-204, 2014.

SOUSA, I. M. C. Medicinas tradicionais alternativas e complementares e sua estruturação na atenção primária: uma reflexão sobre o cuidado e sua avaliação. 2013. Tese (Doutorado) - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2013.

TELESI JUNIOR, E. Práticas integrativas e complementares em saúde, uma nova eficácia para o SUS. Est. Avançados. v.30, n.86, p.99-112, 2016.

TESSER, C. D; BARROS, N. F. Medicalização social e medicina alternativa e complementar: pluralização terapêutica do Sistema Único de Saúde. Rev. Saúde Pública, São Paulo, v. 42, n. 5, p. 914-920, Oct. 2008

TESSER, C. D. ; LUZ, M. T. Uma categorização analítica para estudo e comparação de práticas clínicas em distintas racionalidades médicas. Physis: Rev. Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 28, n.1, e280109, 2018.

TESSER, C. D. Práticas complementares, racionalidades médicas e promoção da saúde: contribuições pouco exploradas. Cad. Saúde Pública. v.25, n.8, p.1732-1742, 2009.

VALADARES, C.; BERALDO, N. Em Pernambuco, 122 municípios utilizam práticas integrativas no tratamento de pacientes do SUS. In: BRASIL . Ministério da Saúde. [Site do] Ministério da Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 15 mar. 2018. Notícias. Disponível em:<https://antigo.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/42811-em-pernambuco-122-municipios-utilizam-praticas-integrativas-no-tratamento-de-pacientes-do-sus>. Acesso em: 30 nov. 2020.

VASCONCELLOS, M. J. E. Pensamento sistêmico: O novo paradigma da ciência. 9. ed. Campinas: Papyrus, 2010.

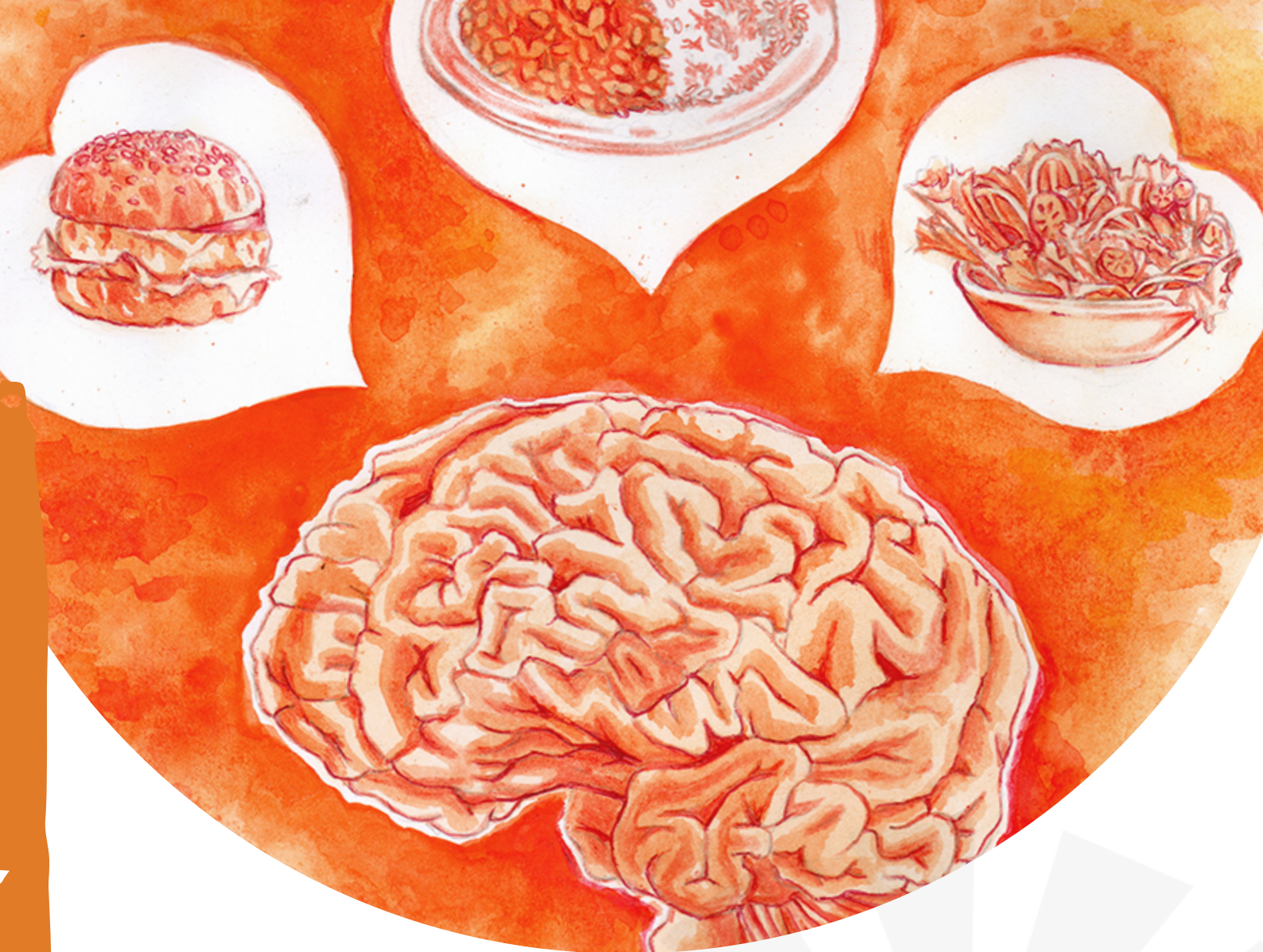
WEITZMAN, R. (Coord.). Educação popular em segurança alimentar e nutricional: uma metodologia de formação com enfoque de gênero. Belo Horizonte: Rede de Intercâmbio de Tecnologias Alternativas, 2008.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Estrategia de la OMS sobre medicina tradicional 2002-2005. Geneva: WHO, 2002.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Estrategia de la OMS sobre medicina tradicional 2014-2023. Geneva: WHO, 2013.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Obesity. Preventing and managing the global epidemic. Report of the World Health Organization consultation on obesity, Geneve ,1997.

YANG, K. A review of yoga programs for four leading risk factors of chronic diseases. Evid Based Complement Alternat Med., Oxford, v.4, n.4, p.487-491, 2007.



Abordagem comportamental: aspectos motivacionais e estratégias para mudanças do comportamento alimentar

MÓDULO 5



ECOASUS-PE

Enfrentamento e cuidado da obesidade
no âmbito do SUS em Pernambuco

Autoras

Luciana Gonçalves de Orange

Silvia Patrícia de Oliveira Silva Bacalhau

Cybelle Rolim de Lima

A consciência nos traz a escolha e a escolha nos traz a liberdade.

Jan Chozen Bays



Unidade 1

Modelo transteórico e entrevista motivacional: por que, quando e como utilizá-los?

O Modelo Transteórico de Mudança de Comportamento (MTMC), assim como da Entrevista Motivacional (EM) são importantes ferramentas na atenção e no cuidado aos indivíduos com sobrepeso e obesidade. Nessa unidade iremos conhecer a importância de adotá-los na atenção primária do Sistema Único de Saúde (SUS) bem como, quando e como utilizá-los.

Antes de aprofundarmos estes conteúdos, você já parou para pensar sobre o conceito de motivação?

Vamos conversar um pouco sobre esta temática. Motivação é um termo largamente usado na psicologia em diferentes contextos com diversos significados. Segundo Vernon (1973), a motivação é encarada como uma espécie de força interna que emerge, regula e sustenta todas as nossas ações mais importantes. Ainda segundo este autor, a motivação é uma experiência interna que não nos permite o estudo direto.

A motivação pode ser ainda compreendida como um impulso, um sentimento que faz com que o indivíduo aja para atingir seus objetivos; sendo um termo originário do latim *motivus*, *move*, que significa mover, o que impulsiona a agir de determinada forma, justificando um comportamento (ALVARENGA et al., 2016).

Na atualidade existe uma diversidade de conceitos acerca do termo motivação que, em sua grande maioria, parecem ser reelaborações do senso comum acerca da temática, enriquecidos com o uso de alguns termos que numa análise mais cuidadosa, evidenciam nada mais que uma redundância, ou seja, uma repetição de termos (TODOROV; MOREIRA, 2005). Estes mesmos autores comparam alguns desses conceitos para um entendimento mais fácil, na perspectiva de dar leveza e descontração à compreensão da sua magnitude, elaborando frases que se encontram enumeradas abaixo:

1. *Um motivo é um desejo ardente que impulsiona o ser à ação.*
2. *A motivação está intrinsecamente relacionada aos desejos e impulsos humanos.*
3. *Motivação pode ser entendida como um motivo que leva o indivíduo à ação.*
4. *Motivação é uma força que aciona e direciona o comportamento.*
5. *Motivação é uma energia que aciona e direciona o comportamento.*
6. *Um motivo é um desejo imbuído de significação em si mesmo que impulsiona o ser à execução e consecução de metas, que orienta e estrutura a dinâmica psicológica que, por seu turno, energiza o comportamento.*

Em síntese...

Motivação refere-se, na esfera da psicologia e em outras ciências humanas, à condição do organismo que influencia a direção do comportamento, ou seja, é o impulso interno que leva à ação.

Uma questão importante a ser compreendida é que ninguém é capaz de motivar o outro, sendo a motivação um aspecto individual. A capacidade de se motivar ou desmotivar é particular de cada indivíduo, conhecida como automotivação, ou motivação intrínseca, que ocorre justamente a partir de uma força interior, e pode mudar ao longo do tempo e sofrer influências internas e externas (ALVARENGA et al., 2016).

Você já tentou mudar um hábito difícil de ser mudado? Por exemplo: iniciar uma mudança na alimentação ou praticar atividade física para promoção da saúde?

Caso já tenha tentado, certamente percebeu como é difícil mudar um padrão de comportamento que está radicado em nossos hábitos. Da mesma maneira, as pessoas com sobrepeso e obesidade que tentam mudar ou interromper um possível comportamento alimentar disfuncional enfrentam dilemas e dificuldades que as distanciam desse objetivo.

Nesse contexto, é importante acessar o estágio de prontidão para mudança do indivíduo, para propormos a reflexão acerca da necessidade de mudanças (PROCHASKA; DICLEMENTE; NORCROSS, 1992), por exemplo na alimentação e/ou no comportamento alimentar; e posteriormente planejar e adequar as intervenções nutricionais necessárias. Esses mesmos autores afirmam que avaliar a motivação para mudança, independentemente da abordagem a ser adotada, parece ser um aspecto importante para a utilização de intervenções efetivas.

Modelo Transteórico de Mudança de Comportamento

Uma das contribuições mais importantes nessa área tem sido representada pelo Modelo Transteórico de Mudança de Comportamento (MTMC) (Transtheoretical Model of Change), desenvolvido por James O. Prochaska e colaboradores nos anos 1970, em que pontua determinados estágios (de motivação) pelos quais o indivíduo passa ao longo do processo de mudança (CALHEIROS; ANDRETTA; OLIVEIRA, 2006).

O Modelo Transteórico enfoca a mudança intencional, ou seja, a tomada de decisão do indivíduo, estando fundamentado na premissa de que a mudança comportamental acontece ao longo de um processo no qual os indivíduos passam por diversos níveis de motivação para mudança.

As alterações no comportamento relacionadas à saúde estariam representadas por estágios de motivação distintos para a mudança que representam a dimensão temporal do Modelo Transteórico, permitindo que, entendamos quando modificações particulares, intenções e reais comportamentos podem acontecer. Inicialmente, idealizaram-se quatro estágios: pré-contemplação, contemplação, ação e manutenção.

Posteriormente, verificou-se que, entre o estágio da contemplação e o da ação, as pessoas passavam por uma fase de planejamento das possíveis ações. Esse período foi denominado determinação ou preparação e passou a ser incluído como o terceiro estágio (PROCHASKA; DICLEMENTE; NORCROSS, 1992).

É importante destacar que o estágio de recaída do MTMC é compreendido como um estágio normal da mudança de comportamentos aditivos (caracterizados por uma aparente perda de controle e autonomia do próprio comportamento), por entender que o indivíduo poderá transitar várias vezes por estes estágios até a finalização do problema (MILLER; ROLLNICK, 2001). Uma possível justificativa para a dificuldade na manutenção da mudança do comportamento está na ambivalência presente no indivíduo entre mudar ou não o comportamento. Muitas vezes, os indivíduos acreditam não ter condições de mudar suas atitudes e hábitos, fazendo com que não venham a aderir ao tratamento.

O quadro abaixo apresenta os estágios motivacionais do MTMC, nos quais o indivíduo transita ao longo de um processo de mudança:

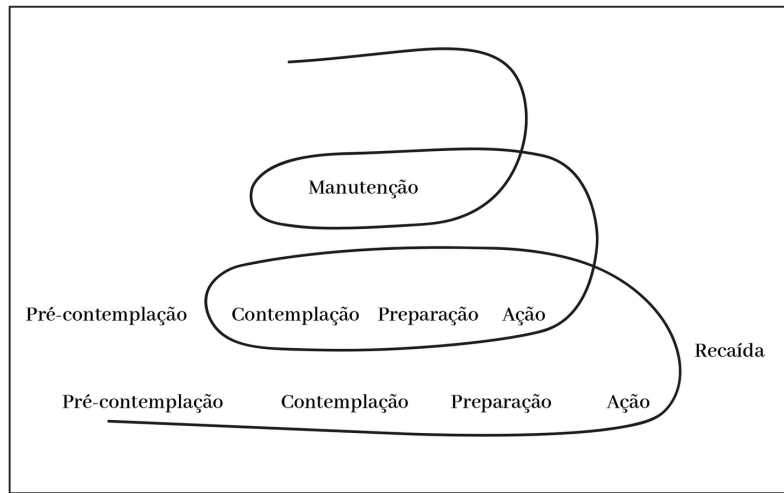
Quadro 1 - Estágios motivacionais do MTMC

| |
|---|
| Pré-contemplação |
| Não apresenta nenhuma intenção em mudar seu comportamento. |
| Contemplação |
| Tem consciência que o problema existe, pensa sobre ele, mas não está comprometido em mudá-lo. |
| Determinação |
| Decisão por mudança no seu comportamento e planejamento de estratégia de mudança. |
| Ação |
| Implementação do plano de mudança comportamental e início da ação de maneira consciente. |
| Manutenção |
| Busca de estratégias de prevenção de recaídas e consolidação dos avanços na mudança de comportamento. |
| Recaída |
| Retorno ao comportamento problemático. |

Fonte: Adaptado de Snetselaar (2010).

É importante pontuar que esta evolução não é necessariamente linear, ocorrendo idas e vindas, sendo muito mais uma espiral dinâmica (ALVARENGA et al., 2016), como segue na figura abaixo:

Figura 1 - Modelo dos estágios de mudança de comportamento



Fonte: Adaptado de Prochaska et al.(1992).

Heather (1992) afirma que os transtornos dependentes são, essencialmente, problemas motivacionais, destacando que seria uma tendência humana o fato de ignorar os problemas antes de reconhecer os caminhos que podem levar à sua resolução, sendo a motivação a força propulsora que move os indivíduos a um objetivo específico. Segundo Miller e Rollnick (2001), o conflito básico da ambivalência “quero, mas não quero” tem papel central nos comportamentos aditivos. Nesse sentido, os indivíduos com excesso de peso podem até reconhecer os malefícios envolvidos na ingestão de quantidades excessivas de alimentos e/ou em seus comportamentos alimentares disfuncionais, mas, ainda assim, seguem atraídos pelo comportamento aditivo, não apresentando motivação alguma para iniciar ou manter um tratamento.

Callaghan et al. (2005) afirmam que o número de desistências no tratamento da adição tem sido cada vez mais preocupante. Nesse contexto, o comportamento cognitivo ou informacional se associa ao que o indivíduo “espera” que aconteça, ao resultado de determinada ação. Já o comportamento motivacional ou de incentivo envolve o desejo implícito no valor do reforço, do resultado ou efeito esperado. Este, por sua vez, trata de engajar o indivíduo em comportamentos positivos que se esperam ou a evitar aqueles considerados negativos.



Que tal saber um pouco mais?

Para saber mais sobre o Modelo Transteórico de Mudança de Comportamento leia o artigo dos autores Toral e Slater: “Abordagem do modelo transteórico no comportamento alimentar”.

TORAL, N.; SLATER, B. Abordagem do modelo transteórico no comportamento alimentar. *Ciência Saúde Coletiva*. V.12, n.6 Rio de Janeiro Nov./Dec. 2007.

Entrevista Motivacional

Aspectos históricos e objetivos

O psicólogo William Miller desenvolveu a Entrevista Motivacional (EM) com o objetivo principal de auxiliar os processos de mudanças dos comportamentos aditivos, a exemplo de: transtorno alimentar, tabagismo, abuso de álcool, entre outros (HECHT et al., 2005). Ela originalmente foi utilizada no tratamento de comportamentos dependentes (por exemplo, o uso abusivo de álcool e outras drogas), mas atualmente a sua aplicabilidade está sendo ampliada para outros diversos aspectos que envolvem comportamentos em saúde: adesão às orientações alimentares; alterações na composição nutricional da alimentação; frequência no consumo de refeições (café da manhã, lanches, dentre outros) e certos tipos de alimentos, como frutas e verduras; e promoção da prática de atividade física.

Assim, a EM uma abordagem colaborativa, cujo principal objetivo é trazer à tona as motivações intrínsecas para mudar determinado comportamento por meio do diálogo entre o profissional de saúde e o indivíduo (ALVARENGA et al., 2016). Esta ferramenta tem como objetivo trabalhar a ambivalência frente a um comportamento persistente, como por exemplo, quando a pessoa com obesidade não consegue realizar um plano alimentar prescrito, que propõe mudanças em seus hábitos alimentares. Em situações dessa natureza, o indivíduo encontra-se em dúvida quanto ao processo de mudança, persistindo assim, dúvidas quanto ao que irá acontecer ou se há a necessidade de mudança realmente. Nesse cenário, na EM compreende-se que a pessoa se encontra em conflito motivacional, o que desperta o profissional para a necessidade de se trabalhar principalmente com técnicas não diretivas para que ele consiga passar para outro estágio de mudança, através de uma crescente busca de sensibilização/conscientização do seu problema.

Segundo Miller e Rollnick (2013), a EM é um meio de ajudar as pessoas a reconhecerem e a fazerem algo a respeito de seus problemas presentes ou potenciais, sendo extremamente útil a pessoas que estejam ambivalentes quanto à mudança. Ainda de acordo com estes autores, a EM é um estilo de conversa colaborativa voltado para o fortalecimento da sua própria motivação e comprometimento com uma mudança. Por se tratar de uma abordagem que tem uma meta específica, que é resolver a ambivalência, é compreendida com caráter de intervenção breve, podendo assim, ser utilizada por uma ampla gama de profissionais em diferentes serviços.

Fundamentos

Os princípios básicos que auxiliam o profissional na prática da EM são: empatia, conformidade, espírito colaborativo no aumento da motivação para a mudança; adoção de um estilo tranquilo; considerar a ambivalência natural (a motivação para a mudança deve ser incitada no indivíduo e não imposta); a resistência pode ser reduzida ou aumentada através das interações interpessoais (o profissional é diretivo em auxiliar o indivíduo a examinar e resolver a ambivalência); o relacionamento indivíduo-profissional deve ser colaborativo e amigável; indivíduos são responsáveis pelo seu progresso (o profissional atua como um facilitador no processo, estimulando e apoiando a autoeficácia do indivíduo);

a mudança total do comportamento é a meta, mas nem sempre a melhor escolha, principalmente com indivíduos em pré-contemplação ou contemplação (ROLLNICK; MILLER; BUTLER, 2009).

Identificam-se quatro elementos principais utilizados como ferramentas durante a EM, sendo eles: engajamento, foco, evocação e planejamento, estando interligados à metodologia PARR. O acrônimo de PARR (em inglês, OARS) também pode ser visto como: P: perguntas abertas; A: afirmar – reforço positivo; R: refletir; R: resumo. (MILLER; ROLLNICK, 2013).

Por saber da dificuldade em modificar o comportamento alimentar disfuncional crônico, que por vezes tem levado os indivíduos a alterações importantes no estado nutricional, como o sobrepeso e a obesidade, acredita-se que, a partir dos resultados com dependência química, a EM pode também auxiliar na melhora terapêutica do excesso de peso.

Aplicabilidade e desafios

A aplicação da EM não é fácil, exigindo bastante estudo e dedicação, não podendo ser baseada apenas no “espírito de EM” (SUAREZ; MULLINS, 2008). O resultado positivo do uso da EM na terapêutica do sobrepeso e da obesidade está diretamente relacionado ao estilo pessoal daquele que a aplica. É importante que o profissional tenha a capacidade de motivar o indivíduo e isso depende de treinamento na técnica.

Uma revisão da literatura que verificou os resultados de estudos publicados entre 2008 e 2010 que aplicaram a EM no cuidado de indivíduos com sobrepeso e obesidade, destaca que com unanimidade a maioria dos estudos apontou a EM como uma excelente ferramenta para auxiliar no enfrentamento do excesso de peso, embora ainda faltem evidências mais concretas, impulsionando estudos futuros (FINGER; POTTER, 2011).

Considerações finais

A EM é uma estratégia fundamental para o acolhimento e cuidado dos indivíduos com excesso de peso, a ser utilizada nas diferentes fases de acompanhamento como modelo transteórico, no qual identificamos que automudanças bem-sucedidas dependem da realização dos processos nos estágios adequados. Destaca-se que cada estágio de mudança possui características particulares. Os profissionais de saúde nos serviços de atenção primária do SUS devem ter confiança, empatia e clareza para saber identificar em qual estágio se encontra o indivíduo. É fundamental, assim, ter a capacidade de se trabalhar ao longo de todo o processo de acompanhamento, compreendendo que se pode utilizar a EM durante todas as possíveis idas e vindas dos estágios de mudança, lembrando que impulsionar a mudança de comportamento não é uma tarefa fácil, mas possível.



Unidade 2

**Comportamento alimentar:
desenvolvimento, fatores
determinantes e mecanismos
envolvidos**

Definição e fatores determinantes do comportamento alimentar:

De acordo com Freitas et al. (2011), o hábito alimentar corresponde à adoção de um tipo de prática que tem a ver com costumes estabelecidos tradicionalmente e que atravessam gerações. Esse considera as possibilidades reais de aquisição dos alimentos e a sociabilidade construída tanto no âmbito familiar e comunitário como compartilhada e atualizada pelas outras dimensões da vida social. Enquanto que, a definição de comportamento tem origem latina: “porto”, que significa levar, em português passou à forma reflexiva “portar-se”, que se trata do conjunto de ações do indivíduo com base nas informações recebidas, caracterizadas através da mudança, que são caracterizadas através da mudança, do movimento ou da reação de qualquer entidade ou sistema em relação a seu ambiente ou situação.

Dessa forma, pode-se definir que o comportamento alimentar é um conjunto de ações relacionadas ao alimento, que envolve desde a escolha até a ingestão, bem como tudo a que ele se relaciona. Já o hábito alimentar é a resposta do indivíduo frente ao alimento ficando caracterizado pela repetição desse ato, na maioria das vezes de forma inconsciente (HOUAISS; VILAR, 2009), o que difere do comportamento que exige consciência, demandando mais atenção e energia (SCHWARTSMAN, 2012).

A partir dessas considerações, fica evidente que o comportamento alimentar promove o hábito alimentar. Por se tratar de conceitos tão interligados e complementares, o entendimento dos dois significados e de suas diferenças é fundamental para o sucesso em todos os tipos de tratamentos, intervenções e ações preventivas relacionadas aos indivíduos (VAZZ; BENNERMANN, 2014).

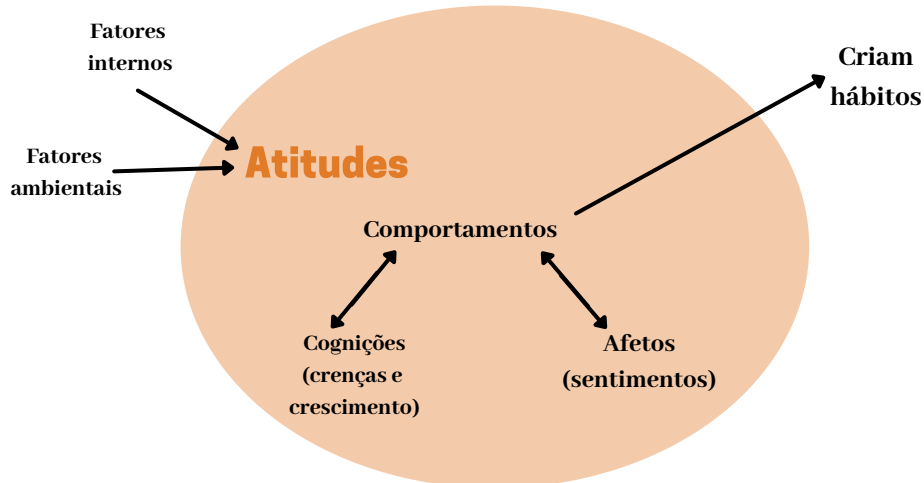
Desde o surgimento da humanidade, a relação ser humano-alimento foi sendo construída, inicialmente através da seleção natural, ou seja, aqueles que tinham mais chances de sobreviver por meio do que se encontrava disponível para seu consumo (vegetais e animais que conseguiam caçar), em seguida melhorando o acesso aos alimentos através da criação de artefatos que poderiam lhes garantir melhor desempenho na caça e na defesa e, posteriormente, aqueles que se engajavam em comportamentos que lhes garantissem maior quantidade de alimentos. A invenção e o aperfeiçoamento de utensílios e a utilização do fogo foram resultado da seleção filogenética, ontogenética e cultural (MACEDO; GOYOS).

Salienta-se ainda que desde o período gestacional e de lactação os indivíduos são expostos, através da dieta materna, a sabores e odores que podem influenciar em suas escolhas no comportamento alimentar, bem como as experiências adquiridas ainda na infância com a introdução alimentar e alimentação na família podem repercutir sobre essa condição (DOMÍNGUEZ, 2013; PEREIRA; LANG, 2014; ROSSI, MOREIRA; RAUEN, 2008). Além dos fatores citados anteriormente, outros adquiridos ou experienciados ao longo da vida podem influenciar o comportamento alimentar, dentre eles pode-se destacar, segundo Hamilton et al. (2000):

- Fatores intrínsecos ao alimento: método de preparação, características organolépticas (cor, odor, sabor, textura, temperatura), qualidade;
- Fatores pessoais: nível de expectativa, prioridade, familiaridade, influência dos outros, personalidade, humor, apetite, emoções, família, condicionamentos, educação;
- Fatores culturais e religiosos: restrições religiosas, tradições, influências culturais;
- Fatores biológicos (sexo, idade), fisiológicos (fome/saciedade, estágios de vida, doenças) e psicológicos (presença de transtornos psicológicos, como ansiedade, depressão, transtornos alimentares);
- Fatores extrínsecos: ambiente (opções de alimentos, ambientes estressores ou não), fatores situacionais, publicidade, variações sazonais;
- Fatores socioeconômicos: condições econômicas, custo dos alimentos, segurança, hábitos passados, convencionalidade e prestígio.

Portanto, se queremos promover mudanças no comportamento alimentar de um indivíduo, é necessário compreender que as atitudes alimentares (relação do indivíduo com a sua alimentação) estão relacionadas ao que uma pessoa conhece e acredita sobre os alimentos, bem como o que sente sobre a comida. Essas questões vão além da esfera biológica que o consumo do alimento pode proporcionar; é necessário considerar o ambiente, o contexto e o ser em toda sua totalidade (Figura 2) (ALVARENGA et al., 2015; ALVARENGA, PHILIPPI, 2011).

Figura 2- Atitudes alimentares e seus componentes cognitivos, afetivos e comportamentais



Fonte: Alvarenga et al., (2015).

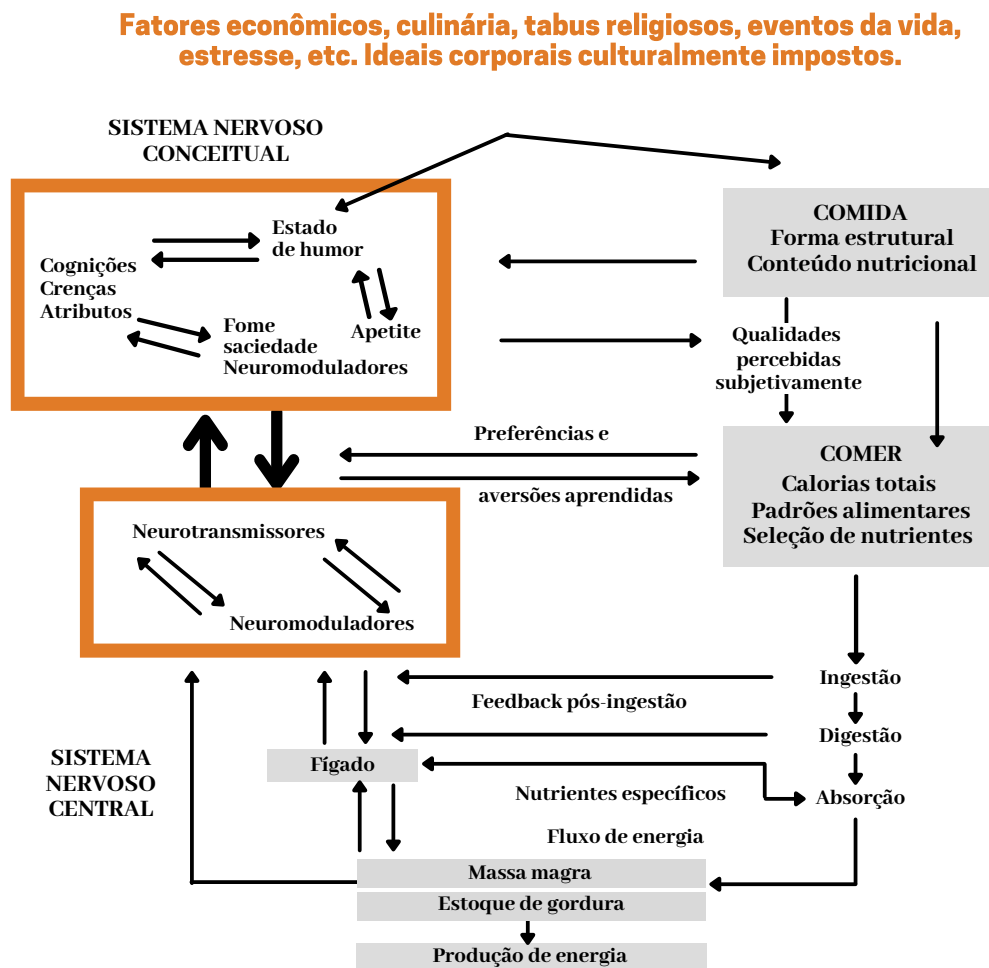
Mecanismos envolvidos no comportamento alimentar:

Alguns aspectos importantes na fase pré-ingestão devem ser considerados, como a fome, o apetite (ou vontade de comer algo específico) e a saciedade, que são sensações fundamentais na regulação da fisiologia do comportamento alimentar. A fome fisiológica (detalhada posteriormente na Unidade de Aprendizagem 4) (UA-04), geralmente é percebida por sinais internos (sensação de vazio, dor, ruídos) e é considerada um dos principais sinais de privação de energia ou de alimentos, o que promove a sua busca. Já a escolha dos alimentos é um processo mental de pensamentos que envolve o julgamento dos valores de várias opções e a seleção de uma delas para a ação (HOUAISS; VILAR, 2009).

Sendo assim, podemos explicar a fisiologia do comportamento alimentar considerando que este é regulado por mecanismos biológicos divididos em dois tipos distintos, o homeostático de controle energético e o hedônico de prazer e recompensa alimentar. O mecanismo homeostático envolve hormônios da fome como grelina, leptina, insulina e neurotransmissores como o neuropeptídeo Y que atuam nos circuitos do hipotálamo (estrutura cerebral, localizada em sua base) estimulando ou inibindo a fome. Já o mecanismo de recompensa alimentar, ou mesolímbico, envolve as vias dopaminérgicas no núcleo accumbens (localizado numa posição central e inferior do cérebro). A resistência dos receptores de neurotransmissores ou hormônios ou alteração (deficiência) na produção desses hormônios pode levar a alterações no comportamento alimentar, promovendo, por exemplo, a obesidade (BETELLI; MOREIRA, 2015).

O indivíduo, após ingerir determinado alimento, recebe em seu cérebro uma variedade de informações, que irá depender da quantidade e da qualidade do que foi ingerido, envolvendo sinais sensoriais (cor, odor, sabor, textura), hormonais (insulina, leptina), estímulos nervosos e produção e estoque de energia, que irão se integrar principalmente no hipotálamo, com a participação de neurotransmissores e neuromoduladores (Figura 3) (BASDEVANT; LE BARZIC; GUY-GRAND, 1993).

Figura 3- Sistema psicobiológico do controle do comportamento alimentar



Fonte: Alvarenga et al. (2015).

Porém, se o comportamento alimentar fosse regulado apenas por sistemas homeostáticos, o ato de comer seria simplesmente uma resposta a uma necessidade puramente fisiológica e a grande maioria das pessoas manteria um peso considerado normal (PALMA; IRIARTE, 2012). No entanto, o processo de regulação do apetite em humanos é muito mais complexo, pois o sujeito sente um prazer subjetivo ao ingerir um alimento, apreciando a apresentação de um prato, incluindo o som resultante da comida, como o que acontece ao mastigar alimentos crocantes (KREGER *et al.*, 2012). Todos esses estímulos irão movimentar o sistema de reforço e o cérebro produzirá uma sensação subjetiva de prazer, que pode até levar a pessoa a comer compulsivamente.

Nesse contexto, as vias hedônicas podem anular o sistema homeostático, aumentando o desejo de comer um alimento com alta palatabilidade e densidade energética, mesmo quando há grande reserva energética e as sensações de fome e apetite são baixas (PRÓSPERO-GARCÍA *et al.*, 2013). Vários estudos realizados em crianças demonstraram que práticas restritivas da alimentação podem aumentar a ingestão e a preferência por alimentos de alto teor palatável, mesmo sem o indivíduo sentir fome (comer na ausência de fome). Além disso, a maioria dos estudos citados confirma que quanto maior a restrição por parte dos pais, maior o peso da criança (VENTURA *et al.*, 2008).

Sendo assim, Herman e Polivy (2005), consideram que uma das possíveis explicações para o aumento da obesidade nas últimas décadas não ocorreu em consequência de uma alteração nos sinais fisiológicos de fome e sim, provavelmente, por um aumento do apetite. Esse aumento pode ser explicado pelo fato dos alimentos estarem mais atrativos, palatáveis e acessíveis. A tecnologia da industrialização dos alimentos (processamento e ultraprocessamento) contribuiu em grande parte no aumento da palatabilidade dos insumos disponíveis para o consumo, os chamados “alimentos hiperpalatáveis”, que geralmente têm baixo custo e fácil acesso à população (DAMÉ, 2018).

Portanto, tendo em vista os vários aspectos que se relacionam e interferem no comportamento alimentar, você deverá estar atento e apto a receber/acolher o indivíduo com excesso de peso, além dos fatores biologicistas da obesidade, mas especialmente, deve estar disposto a refletir/desconstruir alguns velhos conceitos e estar aberto para novas formas de ressignificação de uma relação saudável com a comida, com o comer e com o corpo para esta população.



Que tal saber um pouco mais?

Para ampliar a compreensão sobre comportamento alimentar, você pode ouvir o podcast sobre Nutrição Comportamental do @alimentacast.

Para acessar [clique aqui](#)

Considerações finais

A educação em saúde, especialmente a educação alimentar e nutricional, deve estimular novos comportamentos, através de estratégias que não foquem apenas na informação ou transmissão de conhecimento sobre os aspectos da nutrição e sim promover e/ou resgatar habilidades que possam estimular a consciência do ato de se alimentar. Os profissionais de saúde devem estar sensibilizados a considerar o indivíduo, particularmente os com excesso de peso, em todas as suas dimensões e compreender os aspectos e as relações que cada ser tem com o alimento e com “o comer”.



Unidade 3

Corpo, identidade e a percepção da autoimagem corporal

Autoimagem corporal: conceito, insatisfação e suas consequências

A imagem corporal é um dos componentes da identidade do indivíduo, tida como a representação mental do próprio corpo (tamanho, formas e contornos) associada ao que a pessoa sente, pensa e faz por ele. Questões fisiológicas, libidinais e sociais podem interferir no processo de formação dessa imagem e sua percepção também é influenciada por aspectos psicológicos, culturais, cognitivos, afetivos e biológicos (SILVA et al., 2019; MARCUZZO et al., 2012; SATO et al., 2010).

A insatisfação com a imagem corporal muitas vezes pode acontecer devido a uma discrepância entre a percepção da forma do corpo e a imagem planejada muitas vezes com base num padrão ideal de beleza imposto diariamente pela mídia, que idolatra o corpo magro e esbelto para mulheres, bem como um corpo atlético e musculoso para homens. Tais padrões podem influenciar na maneira como a pessoa se vê e age, necessitando quase sempre da aceitação dos outros e, muitas vezes, sofrendo discriminação (SILVA et al., 2019). Já se sabe que a insatisfação com a imagem corporal é observada até mesmo em indivíduos eutróficos (COQUEIRO, 2008) e que as mulheres estão mais insatisfeitas com o corpo de que os homens (MARCUIZZO et al., 2012), sendo essas as maiores vítimas da estratégia de dominação-diminuição pela desvalorização de seus corpos. Padrões e ideais sociais geram mal-estar e controle social sobre a mulher, onde a busca incessante pelo feminino, jovem e magro pode gerar insatisfação corporal que se associa à prática de dietas restritivas e às compulsões alimentares (RODIN et al. 1985 apud ALVARENGA et al., 2010).

Como já citado anteriormente, a mídia é a principal responsável pela propagação dos referidos padrões, visto que possui um discurso sobre corpo e saúde que visa um mercado de consumo (SANTOS et al., 2019). A tecnologia possibilita realizar mudanças em imagens através de programas de computador, tornando os corpos "perfeitos" e contribuindo com o sentimento de inadequação, porque as imagens são sempre inalcançáveis, não valorizam as diferenças naturais de cada pessoa.

Marcelino e Patrício (2011) evidenciaram que sentimentos que levam à autodepreciação e à baixa autoestima estão relacionados com a ênfase da mídia à inadequação do obeso aos padrões de beleza estabelecidos pela sociedade atual bem como do indivíduo com obesidade visto como não saudável (MARCELINO; PATRICIO, 2011; SATO et al., 2010).

E em uma revisão sistemática realizada por Silva et al. (2019), foi visto que as mulheres percebiam o seu corpo maior do que realmente era ou estavam insatisfeitas por desejarem ter um corpo mais magro. Já os homens achavam estar abaixo do peso ou estavam insatisfeitos com sua imagem corporal desejando ter um corpo mais musculoso. Os autores ainda encontraram uma associação entre depressão, medidas antropométricas e autoimagem corporal.

A necessidade de respeitar seu corpo e aceitar sua genética traz resultados promissores: mulheres que aceitam sua imagem corporal têm maior satisfação com sua aparência, menos estresse sobre sua imagem e maior tendência para sentir que sua imagem favorece de forma positiva a sua vida; são também mais otimistas, têm melhor autoestima, menores níveis de perfeccionismo, menor fixação com a aparência e lidam com a vida com maior aceitação (AVALOS et al., 2005 apud ALVARENGA, 2010).

É preciso apreciar as partes do corpo que se gosta, aceitar o tipo corporal e buscar um peso equilibrado (condizente com os comportamentos alimentares e a prática de atividade física). Quando isso acontece, há uma redução da mentalidade de dieta e um aumento da percepção aos sinais do corpo, tornando o ato de se alimentar uma ação consciente (TRIBOLE; RESCH, 2012 apud ALVARENGA, 2010).

Por outro lado, depressão e obesidade são problemas de saúde pública que possuem associação bidirecional, pois na maioria das vezes o deprimido tende à obesidade e o indivíduo com obesidade tende à depressão. A insatisfação com o próprio corpo pode se tornar ainda mais acentuada quando associada a um quadro de depressão, pois a autopercepção negativa e a baixa autoestima fazem parte do quadro clínico da doença (FAITH, 2011; LUPPINO et al., 2010).

A insatisfação com o corpo obeso pode gerar sentimentos como rejeição da própria imagem, baixa autoestima, vergonha, tristeza, frustração e repúdio, levando o indivíduo inclusive a se isolar e podendo também levar à depressão, ansiedade e transtornos alimentares (RICHARD et al., 2016). Em um estudo realizado por Macedo et al. (2015), vários participantes relataram ter se afastado do convívio social em razão da obesidade. Tal ação pode comprometer a vida social, o trabalho e os hábitos de vida e de saúde dos indivíduos - gerando sofrimento, desconforto e sentimentos negativos. Esse isolamento além de levar à depreciação da própria imagem física devido à sensação de insegurança em relação aos outros, faz com que o indivíduo imagine ou constate que os outros o veem ou o tratam com preconceito e discriminação (MARCELINO; PATRÍCIO, 2011).

Identificando e cuidando da insatisfação/distorção da imagem corporal

A partir da perspectiva de imagem corporal da pessoa com obesidade, você, como profissional de saúde, pode identificar essa insatisfação/distorção e direcionar práticas de cuidar inovadoras, considerando a singularidade e a particularidade da experiência vivida pelo indivíduo. E é junto a esse que podem ser desenvolvidas ações específicas com abordagens que ultrapassem a dimensão biológica e compreendam os aspectos psíquicos, sociais e afetivos (MACEDO et al., 2015).

A avaliação da percepção/satisfação da autoimagem corporal pode ser realizada por meio da Escala de Figuras de Stunkard, adaptada por Almeida e Kakeshita, 2006 (escala com 9 formatos de corpo segundo o sexo, na qual deve ser assinalado um "X" no tipo de corpo que o indivíduo se identifica) (Figura 4). Será considerada distorção da autoimagem corporal para o excesso quando o IMC da imagem que o indivíduo se identifica for maior que o IMC real, ausência de distorção, quando o IMC real for equivalente ao da figura escolhida, e distorção para a redução, quando o IMC da imagem assinalada for menor que o IMC real.

Figura 4- Escala de Stunkard



Qual a aparência física que mais se parece com você ATUALMENTE?

1 () 2 () 3 () 4 () 5 () 6 () 7 () 8 () 9 ()

| Figura | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
|--------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| IMC | 17,5 | 20,0 | 22,5 | 25,0 | 27,5 | 30,0 | 32,5 | 35,0 | 37,5 |

Fonte: Adaptada por Almeida e Kakeshita (2006).



Que tal saber um pouco mais?

Existem muitas atividades que você, como profissional de saúde pode sugerir e até mesmo criar grupos multiprofissionais de apoio baseando-se nelas, com o objetivo de estimular o indivíduo a aceitar melhor o próprio corpo.

Como visto no Módulo 4, as Práticas Integrativas e Complementares (PICs) podem ser recursos úteis na promoção da saúde por possuírem características bastante positivas, entre elas o caráter empoderador (LIMA et al., 2014).

Como exemplos de abordagens que melhoram a concentração, o autoconhecimento, a autoaceitação, a autopercepção, a autocompaixão, podemos citar:

- Biodança;
- Meditação;
- Tai chi chuan;
- Massoterapia.

A insatisfação corporal, por vezes leva a práticas alimentares para perda de peso que demonstrem resultados rápidos. O tratamento focado apenas em dietas restritivas quantitativa e qualitativamente é um dos principais gatilhos para o desenvolvimento e manutenção de transtornos alimentares. Desta forma, o tratamento deve priorizar o comer consciente e a melhora em mudanças comportamentais como, por exemplo, a relação com a imagem corporal (PISCIOLARO et al., 2011).

A importância de uma abordagem multiprofissional no tratamento da obesidade foca em intervenções em saúde que ajudem as pessoas com obesidade a enfrentarem a discriminação, terem seu sentimento de tristeza compartilhado e legitimarem o sofrimento vivenciado (MARKEY et al., 2018; SILVA et al., 2019).

A equipe multiprofissional de saúde deve abordar junto ao indivíduo com obesidade questões como respeito ao corpo, podendo sugerir e trabalhar formas de cuidados pessoais: usar cremes, óleos, fazer massagem; usar roupas confortáveis e que lhe deixam segura(o); evitar comparações com os outros e ser sua própria referência; não estabelecer metas de mudança de peso com foco apenas para um grande evento (casamento, formatura etc.); não ficar se pesando e estimular a fazer comentários agradáveis sobre seu próprio corpo, evitando comentários depreciativos.

O profissional de saúde deve conduzir o indivíduo à aceitação da situação, mesmo que seja de insatisfação, elevando a ideia de que a mudança é possível, que o peso e a composição corporal podem melhorar, porém, que não é necessário perder peso para poder passar um creme ou receber uma massagem e sentir-se bem (TRIBOLE; RESCH, 2012 apud ALVARENGA, 2010). Uma forma de tratamento de sucesso são os programas de terapia interdisciplinar, que promovem nos participantes melhorias dos sintomas psicológicos, bem como melhorias com relação à insatisfação com a imagem corporal (CARVALHO-FERREIRA, et al., 2012).

Para refletir...



Reprodução (Google)

Considerações finais

Para planejar as ações de saúde, os profissionais devem atuar de forma continuada, tratando individualmente, conhecendo as limitações e possibilidades da pessoa com obesidade e considerando que a obesidade é uma patologia multifatorial. A integração das práticas dos profissionais de saúde é essencial para o sucesso do tratamento, bem como a compreensão e o acolhimento daqueles que sofrem o estigma da gordura. O cuidado deve existir na perspectiva da integralidade, devendo estar voltado para o cuidado da doença crônica, mas também para minimizar o sofrimento psicossocial de “ser obeso” (MACEDO et al., 2015).

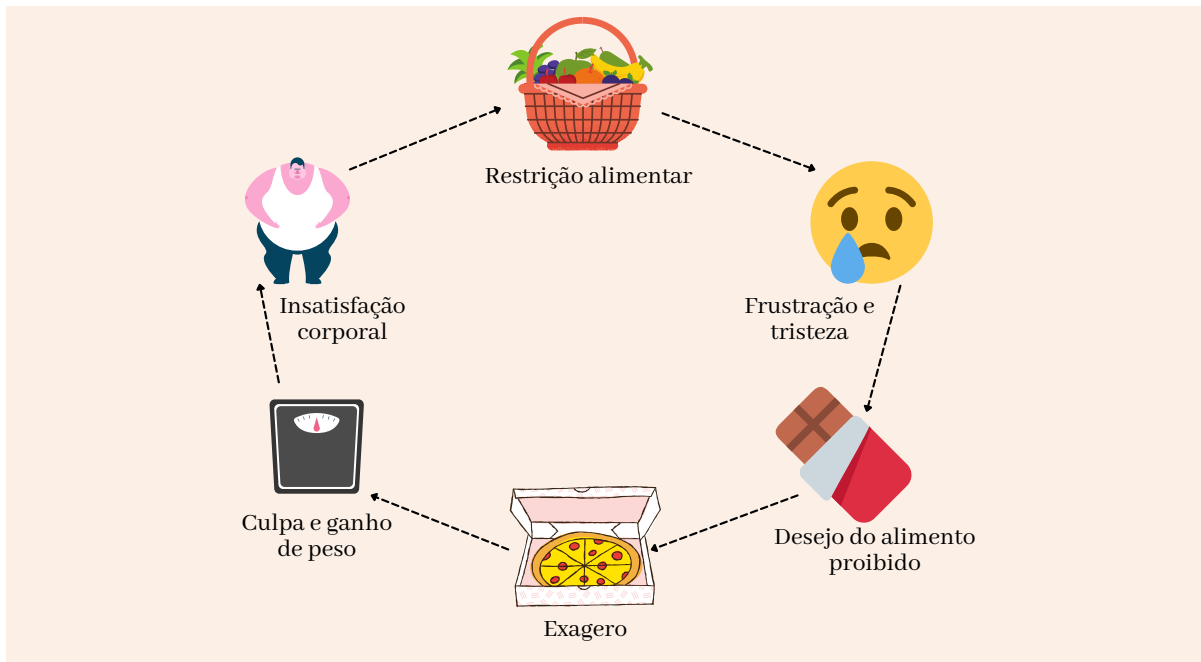


Unidade 4

**Alimentação consciente:
Estratégias e habilidades para
mudança de comportamento
alimentar no indivíduo com
excesso de peso**

Há anos, a ciência tem mostrado que dietas rígidas levam a perda de peso apenas a curto prazo e que a longo prazo essas perdas não se sustentam por vários motivos, dentre eles as adaptações metabólicas e os episódios compulsivos pós-dieta que podem ainda desencadear o aparecimento de transtornos alimentares e de estados emocionais como depressão e ansiedade (Figura 5) (WARREN; COOPER, 1988; HILL, 2004; MANN et al., 2007; FREIRE, 2019).

Figura 5- Ciclo de restrição/compulsão alimentar



Fonte: Teixeira et al.(2018).

Para a ciência da Nutrição, o termo “dieta” é compreendido como um padrão alimentar que na maioria das vezes refere-se a dietas terapêuticas, que são modificações do padrão da dieta considerada “normal”, ou seja, para um indivíduo sem qualquer condição especial, seguindo as recomendações nutricionais vigentes para atender necessidades nutricionais específicas. Entretanto, no contexto social, as dietas mais citadas são aquelas para emagrecimento, que têm a característica de serem restritivas, autoimpostas, que privam parcialmente ou totalmente alimentos e/ou grupos alimentares, como a exemplo das dietas com quantidades reduzidas de carboidratos (dietas “low carb”), com o objetivo de controlar ou alterar o peso corporal. Essas dietas incluem, na maioria das vezes, pular refeições, substituir refeições por alimentos com baixas calorias (como por exemplo, os famosos “shakes”), jejuar, diminuir a quantidade de alimentos geralmente consumidos, restringir grupos alimentares considerados “engordativos”, contar calorias de alimentos, consumir apenas alimentos “diet”, “light”, e incluem também todas as dietas da moda (ALVARENGA et al., 2015).

Mais uma vez, as mídias sociais são as principais responsáveis em disseminar e valorizar a utilização destas dietas, relacionando-as ao atual conceito sociocultural de beleza e peso/composição corporal ideal. Salienta-se que essas dietas vêm sendo proliferadas em uma velocidade mais rápida do que as pesquisas científicas nesse campo, as quais são capazes de avaliar os impactos das mesmas (ALVARENGA et al., 2015).

A abordagem comportamental para o enfrentamento do excesso de peso acredita que um tratamento que foca única e exclusivamente no peso corporal como indicador de sucesso para o tratamento, contribui para o desenvolvimento de uma preocupação excessiva com a aparência, corpo e alimentação, o que acaba sendo prejudicial no desenvolvimento de uma relação saudável com o alimento.

Nesse sentido, essa estratégia não propõe a utilização de dietas restritivas para perda de peso, postura de imposição (regras) nas quantidades de porções, horários pré-definidos para as refeições, nem a proibição de grupos alimentares (“bons” e “maus” alimentos), bem como não foca em valores calóricos ou nutrientes específicos com o intuito de perda e/ou manutenção do peso corporal, pois acredita-se que essas práticas impõem um limite cognitivo nas atitudes alimentares do indivíduo, que na verdade deveria ser estimulado a reconhecer os seus sinais internos e externos que interferem nas suas escolhas alimentares (DAMÉ, 2018).

Sendo assim, a utilização de algumas estratégias que promovam a (re)conexão do indivíduo com o alimento em todas as suas dimensões (física, social, psicológica, cultural, emocional, entre outras), pode facilitar o processo de mudança de comportamento alimentar, promovendo uma alimentação mais consciente e escolhas mais apropriadas para a saúde, bem-estar e qualidade de vida das pessoas acometidas pelo excesso de peso.

Salienta-se que para iniciar qualquer uma destas estratégias é necessário primeiramente identificar a motivação do indivíduo para esta mudança, como já foi explicitado na UA 01.

Dentre estas habilidades para mudança do comportamento alimentar, vale destacar algumas:

A) Aconselhamento Nutricional (AcN): definido por MOTTA (2009), como “um encontro entre duas pessoas para examinar com atenção, olhar com respeito e deliberar com prudência e justiça sobre a alimentação de uma delas”. O AcN, se fundamenta na ênfase das vivências associadas ao comer, bem como nos pensamentos e percepções de quem se está aconselhando. Desta forma, essa estratégia combina conhecimentos e habilidades terapêuticas focadas na alimentação, auxiliando as pessoas a fazerem modificações desejáveis relacionadas à alimentação e ao estilo de vida, promovendo mudança de comportamento e não apenas a melhora dos conhecimentos sobre nutrição (ALVARENGA; SCAGLIUSI, 2011; MARTINS, 2014).

O AcN é pautado em alguns pilares, que são:

- O relacionamento com a pessoa aconselhada, que envolve o cenário de local do tratamento, a postura do profissional, a condução das sessões, o estabelecimento de uma relação colaborativa e o encerramento das sessões;

- Plano de ação nutricional, que deve ser individualizado, dinâmico e com metas traçadas junto ao indivíduo aconselhado, estimulando reflexões e consciência em relação as suas atitudes alimentares;

- Clínica ampliada e compartilhada, que compreende uma abordagem que inclui diferentes profissionais, visando à compreensão ampliada do processo saúde-doença em oposição a intervenções pontuais e isoladas como no modelo biomédico, promovendo e proporcionando o protagonismo dos participantes (BRASIL, 2009; ALVARENGA et al., 2015).

B) Comer Intuitivo: Outra estratégia que pode ser utilizada para cuidar do indivíduo com excesso de peso na perspectiva do campo da nutrição comportamental, é a “Alimentação Intuitiva” ou “Comer Intuitivo” (CI), filosofia que promove o alimentar-se guiado pelos sinais do corpo, como fome e saciedade. Esta abordagem também promove o “fazer as pazes com a comida” (que significa que não há alimentos proibidos), recuperando o prazer de comer e o focar na sensação de bem-estar e na saúde, e não no peso corporal (VAN DYKE; DRINKWATER, 2014; DAMÉ, 2018).

O Comer Intuitivo baseia-se em três pilares: permissão incondicional para comer; comer para atender as necessidades fisiológicas e não emocionais e apoiar-se nos sinais internos de fome e saciedade para determinar o que, quanto e quando comer. Além disto, segue também dez princípios básicos que têm o intuito de conduzir o indivíduo a normalizar a sua relação com a comida (TRIBOLE; RESCH, 2012; TYLKA, 2006).

A seguir, falaremos brevemente sobre estes princípios:

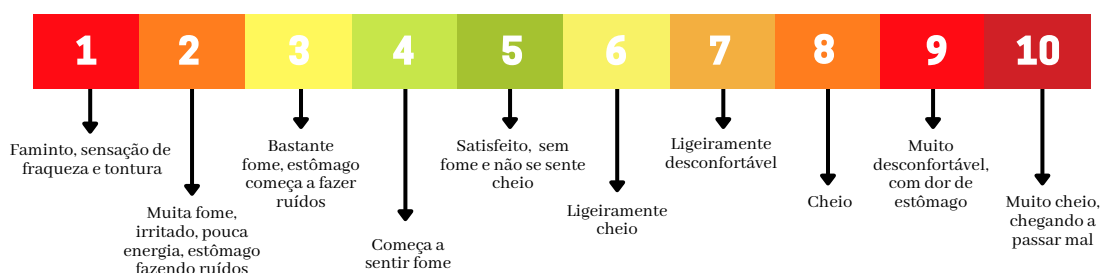
1 - Rejeitar a mentalidade de dieta:

Como já foi citado anteriormente, as dietas restritivas, na maioria das vezes, são impostas (horários, quantidades, qualidade de alimentos) sem considerar e respeitar os sinais de fome e saciedade. Desta forma, o primeiro princípio do CI é o abandono da prática de dieta e de pensamentos relacionados a esta prática como a utilização de instrumentos e objetos relacionados, como fitas métricas, balanças, revistas e informações sobre dietas e calorias, até a mentalidade de alimentos “proibidos” e “permitidos”.

2 - Honrar a sua fome:

Essa técnica envolve perceber os sinais de fome, que pode ser exercitados através da escala de fome (Figura 6), identificando os sinais físicos de fome e sua graduação, como sensação de vazio e dor no estômago, roncões, náusea, dor de cabeça, irritabilidade. Estes sinais geralmente são perdidos, principalmente para pessoas que já vivenciaram por muito tempo as práticas de dietas, as quais contribuem para desatenção e desconexão com o corpo. Essa (re)conexão é um processo gradual, que vai variar de acordo com cada indivíduo. Sendo assim, é perceptível que trabalhar com o CI é um processo longo, que não ocorre em uma única consulta. É importante considerar ainda outros aspectos que nos levam à busca pelo alimento (que já foram citados anteriormente) e que devem ser respeitados a partir da consciência (DAMÉ, 2018).

Figura 6 - Escala da fome



Fonte: Adaptado de *The Center for Health Promotion and Wellness MIT Medical from you Count, Calories Don't*, Ominchanski, L; (1992)

3 - Fazer as pazes com a comida:

Esse aspecto significa a permissão incondicional para comer, ou seja, fazer as pazes com a comida, não deve ser confundida com comer o que quiser, em qualquer momento e sem nenhum critério. Desrotular os alimentos em “bons” e “ruins”, “saudáveis” e “não saudáveis”, também faz parte deste princípio, pois acredita-se que a partir dessa classificação, ocorre a evitação de alguns alimentos (auto-restrição) o que pode levar a compulsão, seguida de culpa, desinibição do controle, consumo excessivo e novamente restrição do alimento (ver Figura 5).

4 - Desafiar o policial da dieta:

Geralmente, as “vozes da comida” convivem com as pessoas que possuem excesso de peso ou que vivenciam dietas para perda de peso, como por exemplo: “não posso comer doce porque engorda”, “esse bolo é muito calórico”, “desse jeito não vou perder peso”. Esse “policial interno” está sempre de plantão, avaliando se as “regras” determinadas pela mentalidade da dieta estão sendo cumpridas. Além do “policial interno” é importante também identificar os “policiais externos”, como amigos, familiares e profissionais de saúde que atuam como juízes para garantir o cumprimento das “regras”, como por exemplo: “Como você vai comer esta pizza? Pensei que estava tentando perder peso.” Segundo o CI, é preciso identificar as diferentes “vozes da comida” que atrapalham o processo de comer em paz e desafiá-las, substituindo-as por um discurso mais positivo e auto-compassivo (TRIBOLE; RESCH, 2012; ALVARENGA et al. 2015; DAMÉ, 2018).

5 - Sentir a saciedade:

A percepção do sinal de saciedade refere-se a compreender a quantidade de comida suficiente para atender a fome, a ocupação do estômago e respeitá-lo. Este sinal só consegue ser percebido quando se permite comer de maneira incondicional e respeitando a fome. Também é importante desconstruir alguns conceitos como “não deixar comida no prato”, “só parar de comer quando acabar o pacote ou o que estiver no prato”. É preciso também aumentar o nível de atenção ao comer, evitando assistir televisão, mexer no celular e outros tipos de distrações. Outra questão seria aprender a reconhecer as emoções (positivas e negativas) envolvidas no consumo de determinados alimentos, que podem dificultar a percepção do sinal de saciedade é preciso treinamento, questionamentos e reavaliação para que o indivíduo perceba a sensação de conforto e confie no seu sinal de saciedade (TRIBOLE; RESCH, 2012; ALVARENGA et al. 2015; DAMÉ, 2018).

6 - Descobrir o fator satisfação:

As autoras do CI acreditam que para redescobrir a satisfação ao comer, é necessário o exercício para identificar “o que se quer comer”, bem como observar as sensações que a comida promove, como sabores, texturas, aparência, temperatura, cheiro, que são individuais.

Outro aspecto é observar quais as sensações corporais que os alimentos despertam, isto é, como a pessoa se sente após consumi-lo (prazer, felicidade, estufamento, incômodo) (DAMÉ, 2018). Até porque, satisfação significa “prazer que advém da realização do que se espera” (HOUAISS; VILLAR, 2009). Outro fato a ser considerado é que satisfação é diferente de saciedade.

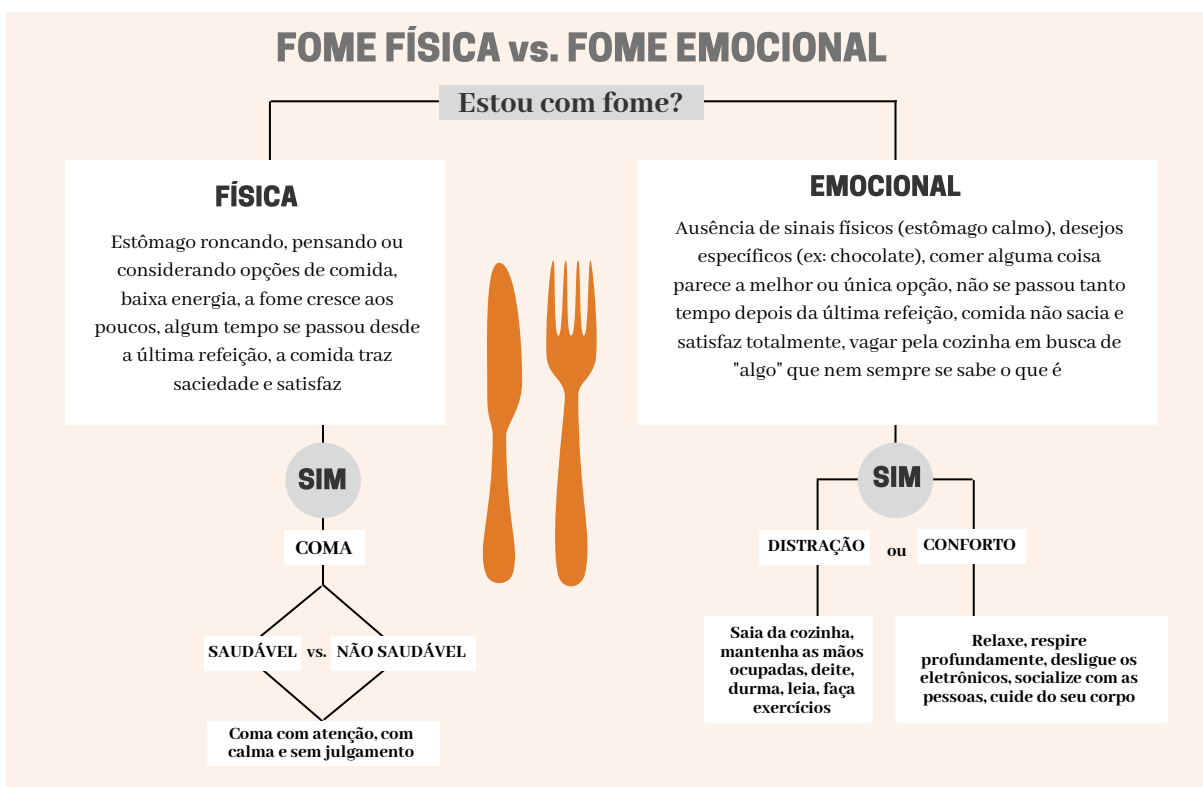
O indivíduo pode finalizar uma refeição saciado e não satisfeito. É bem comum as pessoas relatarem “não era bem isto que eu queria comer”. Por isto, é importante que as refeições sejam prazerosas, mas que respeitem os sinais de saciedade (ALVARENGA et al., 2015; TRIBOLE; RESCH, 2012).

7 - Lidar com as emoções sem descontar na comida:

Há uma grande complexidade entre alimento, emoção e comportamentos que se inicia desde o primeiro contato do indivíduo com o alimento e vai sendo modificada ao longo da vida, através dos diversos significados que o alimento vai adquirindo: sociais, culturais, religiosos, afetivos, econômicos, entre outros. Desta forma, é imprescindível considerar todos estes fatores ao lidar com as dificuldades alimentares dos indivíduos, especialmente àqueles com excesso de peso. O profissional de saúde deve considerar todos esses aspectos e despertar a consciência nos indivíduos, se a sua fome é física ou “emocional”, o que pode ocorrer muitas vezes quando a estratégia para lidar com diversas situações que envolvem a “emoção” seja comer.

Sendo assim, a pessoa precisará aprender a identificar “do quê” ela realmente tem fome, se é fome de alimento, ou necessidade de prazer, conforto, distração, sedação, punição, amor, paz, recompensa, diversão, conexão (Figura 7).

Figura 7 - Diferenças entre fome física e emocional



Fonte: Alvarenga et al. (2015).

8 - Respeitar seu corpo:

A insatisfação corporal é uma realidade nos dias atuais, principalmente na população jovem com excesso de peso, tendo em vista uma sociedade que determina um padrão estético, na maioria das vezes, muito distante da realidade e que não aceita a diversidade corporal (DAMÉ, 2018; ZORDÃO, 2015). O CI trabalha com o conceito de auto-aceitação, mas não significa um sentimento de desistência, de conformismo com o tamanho e peso, mas sim entender que esse é o corpo que o indivíduo possui e que se não estiver satisfeito com ele, poderá buscar estratégias para o auto conhecimento e auto aceitação, a exemplo de terapias, práticas integrativas e complementares em saúde (PICS) e/ou uma atividade física que se identifique, goste e tenha prazer em realizá-la, construindo uma relação salutar consigo mesmo (ALVARENGA et al., 2015).

9 - Exercitar-se sentindo a diferença:

O exercício no CI deve ser considerado como fonte de bem-estar físico e não para “queimar calorias”. O profissional de saúde deve orientar a utilização de atividades prazerosas, formais e informais (caminhada para ir ao trabalho, subir escadas, limpar o jardim), observando as sensações que são percebidas em seu corpo ao realizá-las e depois delas, respeitando os seus limites (ALVARENGA et al., 2015).

10 - Honrar a saúde com uma “Nutrição Gentil”:

As diretrizes, guias e recomendações nutricionais também são contempladas no CI. Entretanto, não é por acaso que ficam como o último princípio, tendo em vista que as autoras acreditam que antes de conhecê-las, é importante que o indivíduo considere todos os outros aspectos anteriormente citados. A explicação para isto é que “Se não houver uma relação saudável com a comida e o comer será difícil visar uma alimentação saudável. Até mesmo os melhores guias de nutrição serão vistos como um conjunto de regras”. Cada pessoa deverá avaliar se as orientações fazem sentido para elas e em quais contextos podem ser aplicadas, considerando o prazer em comer. No caso, o profissional de saúde deve trabalhar com uma terapêutica pautada na horizontalidade e confiança entre ele e o indivíduo, utilizando uma perspectiva de construção, com destaque ao protagonismo daquele que busca o cuidado, onde em cada encontro sejam identificados os pensamentos e sentimentos disfuncionais em relação à comida, permitindo a modificação dos mesmos (ALVARENGA et al., 2015, DAMÉ, 2018; TRIBOLE, RESCH, 2012).

C) “Atenção Plena ao Comer”: traduzida do inglês “mindful eating”, é outra ferramenta que pode ser incluída na abordagem comportamental no cuidado de pessoas com excesso de peso. Este conceito (atenção plena ao comer), deriva do mindfulness cuja tradução mais aceita para o português é “atenção plena”, que seria a capacidade intencional de trazer a atenção ao momento presente, sem julgamentos ou críticas, com uma atitude de abertura e curiosidade (KABAT-ZINN, 2003; BAUER-WU, 2011). Portanto, a atenção plena é uma capacidade inata, que geralmente é perdida ao longo da vida, devido as nossas experiências, expectativas, regras, planos, preocupações, fantasias, etc. Por isso, para recuperar esta habilidade, uma das formas mais utilizadas é a meditação.

A meditação baseada em mindfulness tem origem no Budismo, mas desde a década de 70, quando foi ocidentalizada e divulgada a partir dos estudos de Jon Kabat-Zinn, passou a ser utilizada de forma laica em várias pesquisas, demonstrando seus benefícios à saúde física e mental (KABAT-ZINN, 1990; DEMARZO, 2011).



Que tal assistir a um vídeo complementar?

Se você ficou curioso para entender mais sobre o mindfulness, assista ao vídeo do professor e pesquisador Dr. Marcelo Demarzo.

Para acessar [clique aqui](#)

O “comer com atenção plena” ou “mindful eating”, pode ser definido como uma experiência que envolve todas as partes do nosso ser: corpo, mente e coração, seja na escolha e preparo da comida, bem como no ato de comê-la em si, envolvendo todos os sentidos; de modo que possamos imergir nas cores, texturas, aromas, sabores e até mesmo nos sons ao comer e beber. A prática da atenção plena permite que sejamos curiosos e até lúdicos enquanto investigamos nossas respostas à comida e aos nossos sinais internos de fome e saciedade (BAYS, 2009).

Para trabalhar com essa estratégia é importante conhecer também outro conceito que é o “mindless eating”, que traduzido para o português significa comer inconsciente (o inverso do comer atento), que leva o indivíduo a comer em excesso e sem se dar conta dos sinais internos e externos que envolvem o ato de se alimentar, que seriam os gatilhos ambientais e emocionais (WANSINK, 2006).

A prática da atenção plena pode promover menor reatividade a emoções e circunstâncias ruins ou indesejadas. Reagir é a forma automática e impensada de agir em resposta a estas situações, como por exemplo, pensamentos de não merecimento, estados emocionais como a raiva, ações como gritar e sensações físicas como a tensão muscular ou dores. No caso da alimentação, uma forma de reagir a situações negativas, seria o comer emocional, que na maior parte é exagerado e compulsivo (POLACOW; COSTA; FIGUEIREDO, 2015).

Nesse sentido, as práticas de atenção plena, além de gerarem uma maior conexão com o alimento em todos os seus aspectos, promovem também ativação de áreas cerebrais como hipocampo, a ínsula e a amígdala, através da meditação mindfulness, as quais são responsáveis pelos processos de aprendizagem, memória, regulação de emoções e processamento auto-referencial (HÖLZEL et al., 2011; LUTZ et al., 2014). Isso permite o indivíduo a ser menos reativo ao ato de comer, respondendo de forma apropriada a determinadas situações e emoções evitando exageros e compulsões.

Sendo assim, comer com atenção plena inclui, segundo Antonaccio e Figueiredo (2018):

- Contemplação no ritual de comer, de forma presente, sem distrações, conectando-se com os estímulos emitidos pelo alimento aos seus sentimentos;
- Percepção das oportunidades positivas e afetivas que estão disponíveis desde a seleção e o preparo de alimentos, respeitando a sabedoria interior;
- Usar os sentidos na escolha do alimento para que seja gratificante e nutritivo para o corpo;

- Reconhecer as respostas aos alimentos (se gosta, se não gosta, se é neutro) sem julgamentos;
- Respeitar os sinais de fome e saciedade (tipos de fome, grau de fome, nível de saciedade) para definir quando começar e parar de comer;
- Fazer escolhas alimentares que proporcionem satisfação e prazer;
- Comer com todos os seus sentidos.



Que tal assistir um vídeo complementar?

Para ampliar a compreensão sobre os tipos de fome, a equipe do ECOASUS-PE elaborou um vídeo que você também pode encontrar na videoteca desse módulo, na plataforma virtual. Para acessar [clique aqui](#)

Considerações finais

Tendo em vista que a obesidade é uma condição multifatorial, que envolve os aspectos clínicos (distúrbios endócrinos, neurológicos, psiquiátricos), socioculturais (estigmas sobre a obesidade), alterações genéticas, alterações de microbiomas e de estilo de vida, é necessário repensar o seu cuidado, reavaliando a forma resolucionista do uso de protocolos que incluem dietas restritivas e o incentivo ao exercício físico, desconsiderando os demais aspectos determinantes para esta condição. A abordagem comportamental no tratamento da obesidade visa promover estratégias e ferramentas para uma mudança real e em longo prazo da relação do indivíduo com a comida e com o corpo.

Referências

ALVARENGA, M. S.; PHILIPPI, S.T. Estrutura, padrão, consume e atitude alimentar-conceitos e aplicações nos transtornos alimentares. In: ALVARENGA; M. S.; SCAGLIUSI, F. B.; PHILIPPI, S. T. (orgs). Nutrição e transtornos alimentares: avaliação e tratamento. Barueri: Manole; 2011. p.17-36.

ALVARENGA, M.; FIGUEIREDO, M.; TIMERMAN, F.; ANTONACCIO, C. Nutrição Comportamental. Barueri,SP: Manole, 2016.

ALVARENGA, M. S.; KORITAR, P. Atitude e comportamento alimentar: determinantes de escolhas e consumo. In: ALVARENGA, M. S. et al.Nutrição Comportamental. Barueri, SP: Manole, 2015. p. 23-45.

AVALOS, L.; TYLKA, T.L.; WOOD-BARCALOW, N. The body appreciation scale: development and psychometric evaluation. *Body Image*, Amsterdam, v. 2, n. 3, p. 285-297, 2005.

BASDEVANT, A.; LE BARZIC, M.; GUY-GRAND, B. Eating patterns: from normal to pathological. Paris-France: Service de Médecine Interne et Nutrition, 1993.

BETELLI, C; MOREIRA, T. Neurobiologia da obesidade. In: BLOG: debates sobre neurociência. [S. l.]: [s. n.], 2015. Disponível em: http://cienciasecognicao.org/neuroemdebate/?page_id=16. Acesso em: 27 nov, 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Clínica ampliada e compartilhada. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

CALLAGHAN, R. C. et al. Does stage-of-change predict dropout in a culturally diverse sample of adolescents admitted to inpatient substance-abuse treatment? A test of the Transtheoretical Model. *Addictive Behaviors*. Orlando, v. 30, n. 9, p.1834-47, 2005.

CARVALHO-FERREIRA, J. P. et al. Interdisciplinary lifestyle therapy improves binge eating symptoms and body image dissatisfaction in Brazilian obese adults. *Trends Psychiatry Psychother*, Porto Alegre, v. 34, n. 4, p. 223-233, 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2237-60892012000400008&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 06 nov. 2020.

COQUEIRO, R. S.; PETROSKI, E. L.; PELEGRINI, A.; BARBOSA, A. R. Insatisfação com a imagem corporal: avaliação comparativa da associação com estado nutricional em universitários. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, Porto Alegre, v. 30, n. 1, p. 31-38, abr. 2008. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-81082008000100009&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 06 nov. 2020.

DAMÉ, P. K. V. Comportamento alimentar do adulto. In: DAMÉ, P. K. V. (Org.). Manejo do comportamento alimentar . Porto Alegre: Instituto de Pesquisa, Ensino e Gestão em Saúde-IPGS, 2018.

DOMÍNGUEZ, P. R. Development and Acquisition of Flavor and Food Preferences in Children: An Update Until 2010. *Journal of Food Research*, [Richmond Hill, Canadá], v. 3, n. 1, p. 1-17, 2014.

FAITH, M. S.; BUTRYN, M.; WADDEN, T. A.; FABRICATORE, A.; NGUYEN, A. M.; HEYMSFIELD, S. B. Evidence for prospective associations among depression and obesity in population-based studies. *Obes Rev.*, Oxford, UK, v. 12, n. 5, p. e438-453, 2011.

FINGER, I. R.; POTTER, J. R. Entrevista motivacional no tratamento de sobrepeso/obesidade: uma revisão de literatura. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, Porto Alegre, v. 7, n. 2, p.2-7, 2011.

FREIRE, R. Scientific evidence of diets for weight loss: Different macronutrient composition, intermittent fasting, and popular diets. *Nutrition*, [s. l.], v. 69, n. esp., jan. 2020.

FREITAS, M. C. S.; MINAYO, M. C. S.; FONTES, G. A. V. Sobre o campo da Alimentação e Nutrição na perspectiva das teorias compreensivas. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 31-8, jan. 2011.

HAMILTON, J.; MCILVEEN, H.; STRUGNELL, C. Educating young consumers:a food choice model. *Journal of Consumer Studies & Home Economics*, Northern Ireland, UK, v. 24, n. 2, p. 113-23, jun. 2000.

HECHT, J.; BORRELLI, B.; BREGER, R. K. R.; DEFRANCESCO, C.; ERNST, D.; RESNICOW, K. Motivational interviewing in community-based research: Experience from the field. *Annals of Behavioral Medicine*, Oxford, v. 29, p. 29-34, 2005.

HERMAN, C.P.; POLIVY, J. Normative influences on food intake. *Physiology & Behavior*, Zúrique, v. 86, n. 5, p. 762-772, dez. 2005.

HILL, A.J. Does dieting make you fat?. *The British Journal of Nutrition*, Cambridge, UK, v. 92, p. 1-15, ago. 2004.

HOUAISS, A.; VILLAR, M.S. *Dicionário Houaiss da língua portuguesa*. Rio de Janeiro: Objetiva, 2009.

KREGER, J.W.; LEE.Y.; LEE, S.Y. Perceptual changes and drivers of liking in high protein extruded snacks. *Journal Food Science*, Malden, EUA., v. 77, n. 4, p. S167-S169, abr. 2012.

LIMA, K. M. S. V.; SILVA, K. L.; TESSER, C. D. Práticas integrativas e complementares e relação com promoção da saúde: experiência de um serviço municipal de saúde. *Interface*, Botucatu, v. 18, n. 49, p. 261-272, jun. 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832014000200261&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 11 Fev. 2020.

LUPPINO, F. S.; WIT, L. M.; BOUVY, P. F.; STIJNEN, T.; CUIJPERS, P.; PENNINX, B. W.; ZITMAN F. G. Overweight, obesity, and depression: a systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. *Arch Gen Psychiatry*, Chicago, v. 67, n. 3, p. 220-229, 2010.

LUTZ, J.; HERWIG, U.; OPIALLA, S.; HITTMEYER, A.; JÄNCKE, L.; RUFER, M.; HOLTFOORTH, M. G.; BRÜHL, A. B. Mindfulness and emotion regulation – an fMRI study. *Social Cognitive and Affective Neuroscience*, Oxford, v. 9, p. 776–785, 2014.

MACEDO, T. T. S.; PORTELA, P. P.; PALAMIRA, C. S.; MUSSI, F.C. Percepção de pessoas obesas sobre seu corpo. *Esc Anna Nery*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 505-510, set. 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452015000300505&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 06 nov. 2020.

MANN, T.; TOMIYAMA, A. J.; WESTLING, E.; LEW, A. M.; SAMUELS, B.; CHATMAN, J. Medicare's Search for Effective Obesity Treatments: Diets Are Not the Answer. *American Psychologist*, Washington, v. 62, n. 3, p. 220-233, abr. 2007.

MARCELINO, L. F.; PATRICIO, Z. M. A complexidade da obesidade e o processo de viver após a cirurgia bariátrica: uma questão de saúde coletiva. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 12, p. 4767-4776, dez. 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011001300025&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 20 jan. 2020.

MARCUZZO, M.; PICH, S.; DITTRICH, M. G.. A construção da imagem corporal de sujeitos obesos e sua relação com os imperativos contemporâneos de embelezamento corporal. *Interface*, Botucatu, v. 16, n. 43, p. 943-956, dez. 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832012000400007&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 20 jan. 2020.

MARKEY, C. H.; AUGUST, K. J.; DUNAEV, J. L. Understanding body image among adults in mid-late life: Considering romantic partners and depressive symptoms in the context of diabetes. *J Health Psychol*, London, v. 25, n. 10-11, p. 1707-1716, 2020.

MARLATT, G. A.; GORDON, J. R. Prevenção da recaída: estratégia e manutenção no tratamento de comportamentos adictivos. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

MILLER, W. R.; ROLLNICK, S. Entrevista Motivacional: preparando as pessoas para a mudança de comportamentos aditivos. Porto Alegre: Artmed, 2001.

MILLER, W. R.; ROLLNICK, S. *Motivational Interview: helping people change*. 3. ed. New York: The Guilford Press, 2013.

PALMA, J. A.; IRIARTE, J. Regulación del apetito: bases neuroendocrinas e implicaciones clínicas. *Medical Clinical*, Barcelonav. 139, n. 2, p. 70, 2012. PEREIRA, M. M; LANG, R. M. F. Influência do ambiente familiar no desenvolvimento do comportamento alimentar. *Revista Uningá*, Maringá, v. 41, p. 86-89, 2014.

PISCIOLARO, F. P.; SANCHES, C.; COLAÇO, C.; LABATE, F.; MAGRI, G.; PEDROSA, M. C. Protocolo de atendimento de terapia nutricional para pacientes com transtorno da compulsão alimentar periódica. In: ALVARENGA, M.S.; SCAGLIUSI, F. B.; PHILIPPI, S. T. *Nutrição e transtornos alimentares: avaliação e tratamento*. Barueri: Manole, 2011.

POLACOW, V.; COSTA, A.C.; FIGUEIREDO, M. Comer com atenção plena- mindful eating. In: ALVARENGA, M.S.; ANTONACCIO, C. M. A.; FIGUEIREDO, M. Nutrição Comportamental. Barueri: Manole, 2015. p. 23-45.

PROCHASKA, J. O.; DICLEMENTE, C. C.; NORCROSS, J. C. In search of how people change: applications to addictive behaviour. *American Psychologist*, Washington, v. 47, p. 1102-1114, 1992.

PRÓSPERO-GARCÍA, O.; MÉNDEZ DÍAZ, M.; ALVARADO CAPULEÑO, I.; PÉREZMORALES, M.; LÓPEZ JUÁREZ, J.; RUIZ CONTRERAS, A. Inteligencia para La alimentación, alimentación para la inteligencia. *Salud Mental*, Cidade do México, v. 36, n. 2, p. 101-107, 2013.

OHSE, T.; EICHHOLZER, M. Is body weight dissatisfaction a predictor of depression independent of body mass index, sex, and age? Results of a cross-sectional study. *BMC Public Health*, Lonfon., v. 16, n. 1, p.863, 2016.

RODIN, J.; SILBERSTEIN, L.; STRIEGEL-MOORE, R. H. Women and weight: a normative discontent. In: SONDEREGGER, T. B; ANASTASI, A. (ed.) *Psychology and gender*. Nebraska: University of Nebraska Press, 1985. p. 245-307.

ROLLNICK, S.; MILLER, W. R.; BUTLER, C. C. Entrevista Motivacional no cuidado da saúde: ajudando pacientes a mudar o comportamento. Porto Alegre: Artmed, 2009.

ROSSI, A.; MOREIRA, E. A. M.; RAUEN, M. S. Determinantes do comportamento alimentar: uma revisão com enfoque na família. *Revista de Nutrição de Campinas*, Campinas, v. 21, n. 6, p. 739-748, 2008.

SANTOS, M. A.; OLIVEIRA, V. H.; PERES, R. S.; RISK, E. N.; LEONIDAS, C.; OLIVEIRA-CARDOSO, E. A. deCorpo, saúde e sociedade de consumo: a construção social do corpo saudável. *Saude soc.*, São Paulo, v. 28, n. 3, p. 239-252, set. 2019. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902019000300239&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 20 jan. 2020.

SATO, P. M.; SCAGLIUSI, F. B.; FABBRI, A. D.; TIMERMAN, F.; KOTAIT, M. S. A imagem corporal nos transtornos alimentares: como o terapeuta nutricional pode contribuir para seu tratamento. In: ALVARENGA, M. S.; SCAGLIUSI, F. B.; PHILPPI, S. T. *Nutrição e transtornos alimentares: avaliação e tratamento*. Barueri: Manole, 2010.

SCHWARTSMAN, H. A força do hábito: por que é tão difícil se livrar de costumes e dependências?. *Folha*, São Paulo, 2012. Disponível em: <http://www1.folha.uol.com.br/fsp/ilustrissim/47879-a-forca-do-habito.shtml>. Acesso em: 27 nov. 2019.

SILVA, D.; FERRIANI, L.; VIANA, M. C. Depression, anthropometric parameters, and body image in adults: a systematic review. *Rev. Assoc. Med. Bras.*, São Paulo, v. 65, n. 5, p. 731-738, maio 2019. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302019000500731&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 20jan. 2020.

SNETSELAAR, L. G. Aconselhamento para mudança. In: MAHAN, L. K; RAYMOND, J. L. KRAUSE: Alimentos, Nutrição e Dietoterapia. 12. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2010.

SUAREZ, M.; MULLINS, S. Motivational interviewing and pediatric health behavior interventions. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*, Hagerstown, EUA, v. 29, n. 5, p. 417-428, 2008.

TRIBOLE, E.; RESCH, E. *Intuitive eating: a revolutionary program that works*. New York: St. Martin's Griffin, 2012.

VAZ, D. S. S; BENNEMANN, R. M. Comportamento alimentar e hábito alimentar: uma revisão. *Revista Uningá Review*, Maringá, v. 20, n. 1, p. 108-112, out./dez. 2014.

VENTURA, A. K.; BIRCH, L. L. Does parenting affect children's eating and weight status? *Int J Behav Nutr Phys Act*, London v. 5, n. 1, p. 15, 2008.

WARREN, C.; COOPER, P. J. Psychological effects of dieting. *The British Journal of Clinical Psychology*, West Sussex, UK, v. 27, n. 3, p. 269-70, set. 1988.

ZORDÃO, O. P.; BARBOSA, A.; PARISI, T. S.; GRASSELLI, C. S. M.; NOGUEIRA, D. A.; SILVA, R. R. Associação da imagem corporal e transtornos alimentares em adolescentes de Minas Gerais (Brasil). *Nutrición clínica y dietética hospitalaria*, Madrid, v. 35, n. 2, p. 48-56, 2015.



Equipamentos públicos de promoção da saúde com ênfase no Programa Academia da Saúde e no Programa Saúde na Escola

MÓDULO 6



ECOASUS-PE

Enfrentamento e cuidado da obesidade
no âmbito do SUS em Pernambuco

Autores

Amanda Tayná Tavares de Figueiredo

Cáio da Silva Dantas Ribeiro

Emília Chagas Costa

Leopoldina Augusta Souza Sequeira de Andrade

Nathália Paula de Souza

Sandra Cristina da Silva Santana

Assim, a integralidade se expressa como uma imagem-objeto e, mais do que isso, se apresenta como orientadora e guia das ações em saúde, sobretudo como um processo contínuo de lutas e buscas por transformações de nossa sociedade.

**Inajara Carla Oliveira e
Luiz Roberto Agea Cutolo**



Unidade 1

**Programa Academia da Saúde e
Programa Saúde na Escola:
diretrizes e ações previstas**

Você deve saber que o Programa Academia da Saúde e Programa Saúde na Escola são estratégias de promoção da saúde inseridas em equipamentos públicos, especificamente em praças, escolas e unidades de saúde, certo? Ainda assim, achamos importante reiterarmos que os equipamentos de promoção da saúde compreendem espaços nos quais as atividades desenvolvidas contribuem para minimizar a exposição aos fatores de risco e favorecer os fatores de proteção contra doenças e agravos em indivíduos e coletividades, considerando as múltiplas dimensões dos determinantes sociais da saúde.

Porém, devemos lembrar também que o planejamento e execução das estratégias destinadas à promoção da saúde não podem ser distanciadas das particularidades dos modos de viver das populações, bem como da perspectiva intersetorial, uma vez que os determinantes da saúde operam simultaneamente no plano individual, comunitário, micro e macropolítico, conforme vimos ao longo de todo o curso.

Na perspectiva de promover saúde por meio de atividades social e culturalmente contextualizadas às realidades locais dos territórios e das escolas, as diretrizes e ações previstas do PAS e PSE buscam orientar estrategicamente a gestão e o processo de trabalho dos profissionais envolvidos na operacionalização desses programas, valorizando a diversidade das comunidades em que estão implementados. Convidamos você agora a conhecer (ou quem sabe relembrar) um pouco disso tudo. Enquanto isso, você pode também pensar como estão esses programas no seu território de atuação para ir fazendo um paralelo entre o prescrito e o real. Vamos nessa?

Neste contexto, o PSE foi instituído em 2007 como proposta intersetorial para integrar a saúde à educação por meio da inserção de ações das equipes de atenção básica na rotina escolar. Assim, as ações do PSE passariam a compor o projeto político-pedagógico das escolas e deveriam ser compartilhadas pelas equipes de saúde com os educandos, educadores e funcionários da escola (BRASIL, 2011).

No intuito de fomentar uma atitude permanente de promoção da saúde nestes atores, o PSE está delineado a partir das seguintes diretrizes (Quadro 1):

Quadro 1. Diretrizes do Programa Saúde na Escola

- I. Tratar a saúde e educação integrais como parte de uma formação ampla para a cidadania e o usufruto pleno dos direitos humanos;
- II. Permitir a progressiva ampliação intersetorial das ações executadas pelos sistemas de saúde e de educação com vistas à atenção integral à saúde de crianças e adolescentes;
- III. Promover a articulação de saberes, a participação dos educandos, pais, comunidade escolar e sociedade em geral na construção e controle social das políticas públicas da saúde e educação;
- IV. Promover a saúde e a cultura da paz, favorecendo a prevenção de agravos à saúde, bem como fortalecer a relação entre as redes públicas de saúde e de educação;

V. Articular as ações do Sistema Único de Saúde (SUS) às ações das redes de educação pública de forma a ampliar o alcance e o impacto de suas ações relativas aos educandos e suas famílias, otimizando a utilização dos espaços, equipamentos e recursos disponíveis;

VI. Fortalecer o enfrentamento das vulnerabilidades, no campo da saúde, que possam comprometer o pleno desenvolvimento escolar;

VII. Promover a comunicação, encaminhamento e resolutividade entre escolas e unidades de saúde, assegurando as ações de atenção e cuidado sobre as condições de saúde dos estudantes;

VIII. Atuar, efetivamente, na reorientação dos serviços de saúde para além de suas responsabilidades técnicas no atendimento clínico, para oferecer uma atenção básica e integral aos educandos e à comunidade.

Fonte: BRASIL, 2011. p. 7

Percebe o quanto as diretrizes do PSE refletem seu caráter intersetorial e multidisciplinar? Elas também trazem a importância da participação ativa dos profissionais da educação e atenção básica junto às famílias dos educandos e da sociedade em geral para uma maior efetividade das ações do programa na dinâmica escolar. Desse modo, as ações previstas estão organizadas em 3 componentes: (I) avaliação clínica e psicossocial; (II) promoção e prevenção à saúde e; (III) formação.

Quadro 2. Componentes, ações e temas previstos no Programa Saúde na Escola

| | |
|--|--|
| <p>Avaliação Clínica e Psicossocial</p> | <ol style="list-style-type: none"> 1. Avaliação Antropométrica; 2. Atualização do Calendário Vacinal; 3. Detecção precoce de Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS); 4. Detecção Precoce de Agravos de Saúde Negligenciados (prevalentes na região: Hanseníase, Tuberculose, Malária etc.), bem como a presença de Asma Brônquica ou outras doenças crônicas; 5. Avaliação Oftalmológica; 6. Avaliação Auditiva; 7. Avaliação Nutricional 8. Linha de ação: Avaliação da Saúde Bucal; 9. Linha de ação: Avaliação Psicossocial. |
|--|--|

| | |
|--------------------------------------|--|
| Prevenção e Promoção da Saúde | <ol style="list-style-type: none">1. Segurança Alimentar e Promoção da Alimentação Saudável;2. Promoção das práticas corporais e atividade física nas escolas;3. Saúde e Prevenção nas Escolas (SPE): Educação para a saúde sexual, saúde reprodutiva e prevenção das DST/Aids e de hepatites virais;4. Saúde e Prevenção nas Escolas (SPE): Prevenção ao uso de álcool e tabaco e outras drogas;5. Promoção da Cultura de Paz e Prevenção das Violências;6. Promoção da Saúde Ambiental e Desenvolvimento Sustentável. |
| Formação | <ol style="list-style-type: none">1. Planejamento, monitoramento e avaliação do PSE, no qual o público-alvo são os integrantes da saúde e educação que compõem os Grupos de Trabalhos Intersetoriais (GTIs);2. Avaliação das condições de saúde, de promoção da saúde e prevenção a riscos e agravos à saúde, no qual o público-alvo são os profissionais das equipes de Saúde da Família, profissionais das unidades de saúde, profissionais das escolas e jovens educandos. |

Fonte: BRASIL, 2011, p.25-46.

Volte ao quadro 2 para pensar, com calma, em cada um dos componentes, ações e temas que são propostos a priori e refletir quais deles estão, no seu contexto de atuação, precisando de um olhar mais atento para serem fortalecidos.

Quais seriam os motivos que levaram você, neste momento, a identificá-los com fragilidades?

Quem seriam os atores que poderiam estar comprometidos para pensar junto caminhos de materialização do que foi pensado para o Programa Saúde na Escola? Se você puder e achar interessante, em alguma reunião de equipe, leve esse material para suscitar reflexões coletivas.

Partindo para o segundo programa, enquanto equipamento de promoção da saúde com ênfase em práticas corporais, temos o Programa Academia da Saúde, que foi instituído em 2011, a partir de experiências regionais desenvolvidas em diferentes localidades durante a década anterior. Essas ações promoviam a prática de atividade física com participação da comunidade em espaços públicos, desenvolvidas de forma coletiva, como importante estratégia para o enfrentamento do excesso de peso (SÁ et al., 2016).

Neste contexto, a construção do PAS se consolidou pela atuação conjunta da vigilância e da atenção à saúde para o fortalecimento do programa no SUS, com o objetivo de fomentar práticas corporais, atividade física, alimentação saudável e outros elementos capazes de contribuir para o desenvolvimento de modos saudáveis de vida e produção de cuidado, de acordo com as necessidades e potencialidades das populações participantes de suas ações (BRASIL, 2014).

Assim como o PSE, o PAS está embasado em diretrizes, princípios e eixos para orientar o desenvolvimento das ações das equipes dos polos das academias, bem como das equipes atuantes na atenção básica. Desse modo, esses programas preveem um processo de trabalho integrado, em que os profissionais do programa irão desenvolver atividades potencializadas pelo apoio dos profissionais do NASF, da Estratégia Saúde da Família e das Unidades Básicas de Saúde.

Quadro 3. Princípios e diretrizes do Programa Academia da Saúde

- Configurar-se como ponto de atenção da Rede de Atenção à Saúde, complementar e potencializador das ações de cuidados individuais e coletivos na Atenção Básica;
- Referenciar-se como um programa de promoção da saúde, prevenção e atenção das doenças crônicas não transmissíveis;
- Estabelecer-se como espaço de produção, ressignificação e vivência de conhecimentos favoráveis à construção coletiva de modos de vida saudáveis;
- Participação popular e construção coletiva de saberes e práticas em promoção da saúde;
- Intersetorialidade na construção e desenvolvimento das ações;
- Interdisciplinaridade na produção do conhecimento e do cuidado;
- Integralidade do cuidado;

- Intergeracionalidade, promovendo o diálogo e troca entre gerações;
- Territorialidade, reconhecendo o espaço como local de produção da saúde.

Fonte: BRASIL, 2014, p.

Quadro 4. Eixos para o desenvolvimento das ações do Programa Academia da Saúde

- Práticas corporais e atividades físicas;
- Produção do cuidado e de modos de vida saudáveis;
- Promoção da alimentação saudável;
- Práticas integrativas e complementares;
- Práticas artísticas e culturais;
- Educação em Saúde;
- Planejamento e Gestão;
- Mobilização da comunidade.

Fonte: BRASIL, 2014.

É possível que, ao pensarmos sobre o Programa Academia da Saúde, primeiro associemos as práticas corporais e atividades físicas. Dos outros eixos elencados no quadro 4, existem algum ou alguns deles que você desconhecia? Qual ou quais? Sugerimos também que, a partir daqui, você possa provocar diálogos sobre o assunto dentro da sua própria equipe.

Além da interprofissionalidade, fundamental ao cuidado integral, a prevenção e produção de cuidado propostas no PAS não podem ser desenvolvidas de forma isolada. Isso porque o programa compõe a Rede de Atenção à Saúde no componente da atenção básica, no qual as práticas profissionais estão próximas ao cotidiano dos usuários e são condicionadas pela atuação de diversos setores, tais como educação, segurança e cultura.

A Figura 1 mostra um exemplo fictício de cidade, com dispositivos diversos, que precisam ser identificados e conectados a fim de estruturar uma rede de apoio e promoção da saúde, que pode articular aspectos históricos, geopolíticos e econômicos, com educação, saúde, lazer, segurança pública, economia solidária, participação popular, condições de vida e trabalho.

Figura 1. Rede de Atenção à Saúde da cidade virtual e fictícia de Bem Maior, criada especificamente para o curso de formação de gestores e profissionais da saúde de Pernambuco, 2020



Fonte: Autoria própria – Cidade de Bem Maior - ECOASUS-PE, 2020.

Após abordarmos questões essenciais do PSE e do PAS, destaca-se a identificação de características comuns aos programas, tais como a territorialidade, o trabalho compartilhado entre equipes, a integração de saberes, a participação social com envolvimento ativo dos diferentes atores envolvidos nos equipamentos e a articulação intersetorial. Assim, essas características devem ser compreendidas como potentes elementos para ampliar a efetividade das ações desenvolvidas na atenção básica.

Considerações finais

A compreensão dos fundamentos comuns dos PAS e PSE auxilia na valorização dos equipamentos públicos para a promoção da saúde, bem como na identificação de outras estratégias locais capazes de favorecer os fatores de proteção contra doenças e agravos presentes no cotidiano das populações, incluindo a prevenção e cuidado integral das pessoas com obesidade.

Unidade 2

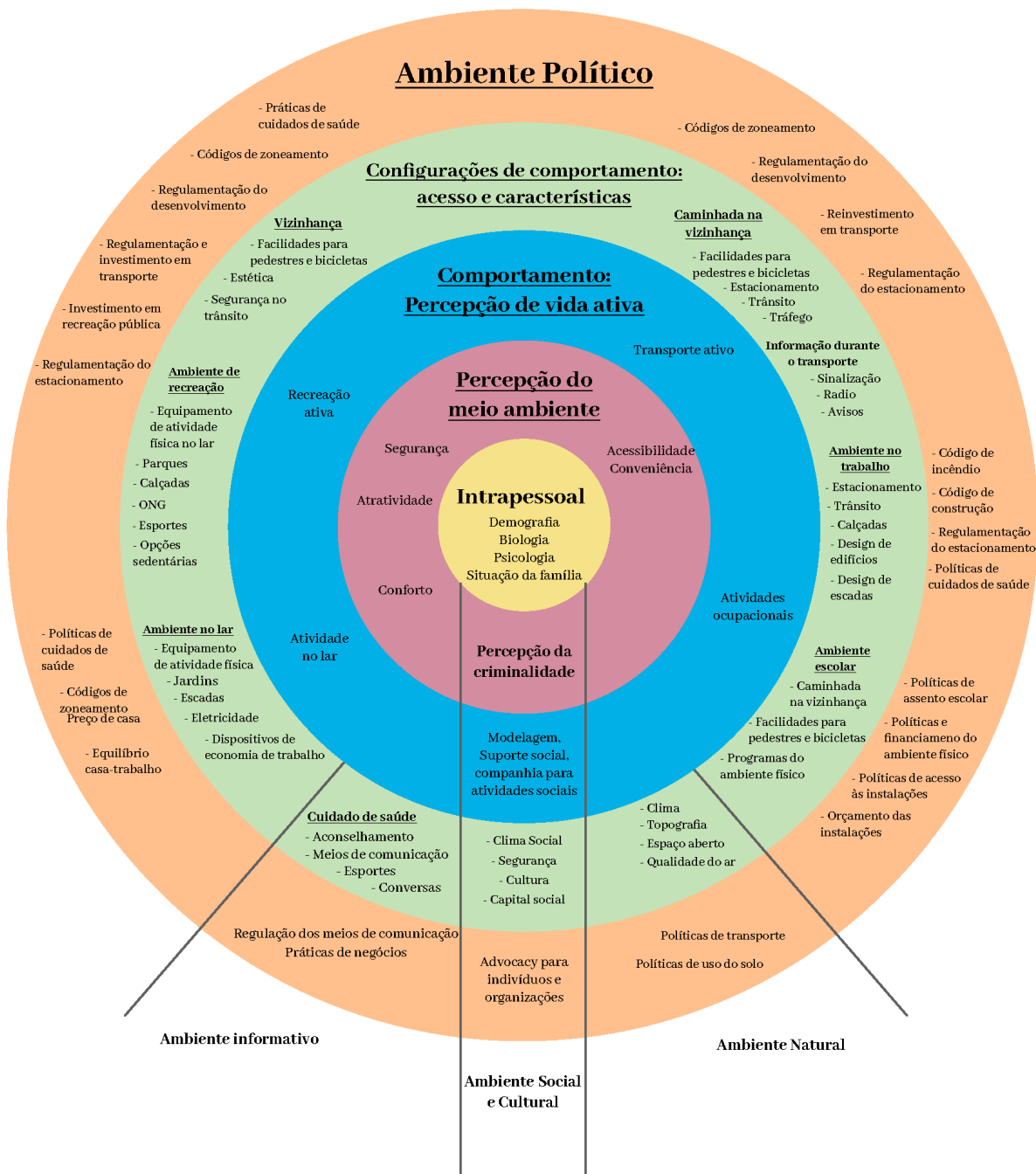
Programa Academia da Saúde e Programa Saúde na Escola como estratégias de promoção da saúde e de prevenção e cuidado à pessoa com obesidade

Vimos percebendo ao longo dos módulos, com maior profundidade, que a obesidade gera consequências multifatoriais para a saúde coletiva, assim como possui causas ainda mais complexas. Dessa forma, podemos compreender como as estratégias intersetoriais e/ou multiprofissionais, como é o caso do PAS, PSE e do próprio Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), são necessárias e demandam aperfeiçoamento contínuo, inclusive pelos próprios profissionais e usuários.

Ações integradas no âmbito da escola, praças, unidades de saúde, instituições religiosas e em outros equipamentos sociais devem ser priorizadas como forma de contextualizar os problemas locais, despertar o sentimento de pertencimento e aumentar as chances de continuidade do cuidado, essencialmente quando se trata de condições crônicas. Estima-se que, atualmente, o PSE esteja presente em 5.040 municípios (90,5%), envolvendo cerca de 36 mil equipes de saúde e 20 milhões de alunos em 85 mil escolas. Em relação ao PAS, estão em funcionamento aproximadamente 1.443 polos (PINHEIRO et al., 2020).

Temos observado o crescente interesse nos estudos dos modelos ecológicos de comportamento de saúde. Esses modelos postulam que vários níveis de influência determinam o comportamento individual, como exemplificado na Figura 2. Assim, pode-se destacar os fatores no nível intrapessoal, como o psicológico; interpessoal, como o apoio social; organizacional, como clubes esportivos, associações; comunidade, como a escola, unidade de saúde, academia da saúde; ambiente físico, como a vizinhança, e no nível de política, como as leis. Dessa forma, comportamentos saudáveis são alcançados quando os ambientes e políticas apoiam estratégias promotoras de saúde, quando as normas sociais e o apoio social são fortes e quando os indivíduos são motivados e educados (SALLIS et al., 2008).

Figura 2: Modelo ecológico para prática de atividade física



Fonte: SALLIS, CERVERO, ASCHER, et al. 2006.

De acordo com Lee et al. (2017), o ambiente construído, como a localização de parques, centros de recreação, feiras livres e supermercados afeta a propensão dos indivíduos a praticarem atividade física e adotarem comportamentos saudáveis. Faz sentido, não acha? Quando temos uma academia perto de casa é provável que nos sintamos mais estimulados(as) para se exercitar, aumentando a chance de manter certa regularidade na atividade. Assim também acontece com as feiras e supermercados que, quando as temos por perto, facilitam a compra de alimentos para prepararmos em casa, que têm mais chance de ser saudável e diminuem a probabilidade de nos rendermos às refeições prontas ou lanches rápidos.



Que tal refletir um pouco mais?

Você acha que é possível fazer um marketing positivo e ressignificar os ambientes onde você mora ou trabalha com o propósito de ocupar os espaços sociais e torná-los promotores da saúde?

Quais parcerias poderiam ser realizadas para que atividades de promoção da saúde pudessem ser efetivadas em seu território?

Para auxiliar nas reflexões acerca dessas perguntas descrevemos abaixo, nas Tabelas 1 e 2, alguns exemplos de estudos com experiências envolvendo o PAS e o PSE, respectivamente.

Tabela 1: Exemplos de estudos com experiências do Programa Academia da Saúde

| EIXO DE AÇÃO | AUTOR / TÍTULO / ANO | OBJETIVO PRINCIPAL E LOCAL DE ESTUDO |
|--|---|---|
| Práticas Corporais e Atividade Física | FLORINDO, NAKAMURA, FARIAS JR., et al. Promoção da atividade física e da alimentação saudável e a saúde da família em municípios com academia da saúde. 2016. | Descrever as prevalências de ações de promoção da atividade física e da alimentação saudável e as características da Estratégia Saúde da Família em municípios brasileiros que receberam recursos para o desenvolvimento do programa Academia da Saúde. Brasil. |
| | MALTA, SILVA, ALBUQUERQUE, et al. Saúde, descrição da implementação do eixo atividade física e práticas corporais, 2006 a 2014. 2014. | Descrever a implementação do eixo prática corporal/ atividade física no contexto da PNPS. Brasil. |
| Práticas Integrativas e Complementares | RAMOS E DAMASCENA. Avaliação do uso de plantas medicinais na Academia da Saúde do Município de Rio de Contas/BA. 2018. | Avaliar a utilização de plantas medicinais pelos usuários da Academia da Saúde localizada no município de Rio de Contas/Ba. Rio de Contas, Bahia. |
| | WOLKER, SANDRESCHI, TOMICKI, et al. Monitoramento do programa academia da saúde de 2015 a 2017. 2020. | Analisar a implementação do Programa Academia da Saúde ao longo de três anos (2015 a 2017). Brasil. |
| Planejamento e Gestão | ALCÂNTARA, CARMO, TORRES, et al. Implantação do Programa Academia da Saúde no semiárido brasileiro: limites e desafios para a gestão. 2020. | Analisar os limites e os desafios vivenciados pelos gestores na implantação do Programa Academia da Saúde (PAS). Cariri, Ceará. |
| | SILVA, GUARDA, HALLAL, et al. Avaliabilidade do Programa Academia da Saúde no Município do Recife, Pernambuco, Brasil. 2017. | Mensurar a avaliabilidade do PAS em Recife, considerando a descrição da intervenção, a elaboração de seus modelos lógicos e teórico de avaliação, além de identificar perguntas avaliativas. Recife, Pernambuco. |

Fonte: Elaboração própria.

Tabela 2: Exemplos de estudos com experiências do Programa Saúde na Escola

| EIXO DE AÇÃO | AUTOR / TÍTULO / ANO | OBJETIVO PRINCIPAL E LOCAL DE ESTUDO |
|----------------------------------|---|--|
| Avaliação Clínica e Psicossocial | BRITO E OLIVEIRA. Bullying e autoestima em adolescentes de escolas públicas. 2013. | Realizar diagnóstico situacional do bullying e autoestima em adolescentes. Olinda, Pernambuco. |
| | PEREIRA, NUNES, MIRANDA, et al. Fatores de risco e proteção contra doenças crônicas não transmissíveis entre adolescentes. 2017. | Conhecer a prevalência dos fatores de risco para doenças crônicas não transmissíveis entre adolescentes. Imperatriz, Maranhão. |
| | Imperatriz, Maranhão HONÓRIO E HADLER. Fatores associados à obesidade em crianças brasileiras cadastradas no Programa Saúde na Escola: um estudo caso-controle. 2014. | Analisar os fatores associados à obesidade em crianças. Goiânia, Goiás. |
| Prevenção e Promoção da Saúde | BRINGEL, MARQUES, DUTRA, et al. Posturas e estratégias sobre sexualidade a partir do Programa Saúde na Escola: discursos de professores. 2016. | Analisar posturas e estratégias em educação sexual e reprodutiva em sala de aula, por professores e um gestor. Juazeiro, Bahia. |
| | CORIOLANO-MARINUS, PACHECO, LIMA, et al. Saúde do Escolar: uma abordagem educativa sobre hanseníase. 2012. | Avaliar o conhecimento em educação em saúde acerca da hanseníase como apoio à prática educativa em saúde desenvolvida na escola. Recife, Pernambuco. |
| | ASSIS E JORGE. As doenças negligenciadas e a promoção da saúde: possibilidades e limites para a articulação entre os currículos de ciências e o Programa Saúde na Escola (PSE). 2014. | Refletir sobre as doenças negligenciadas e a PS nas propostas curriculares dos estados e nos documentos do PSE. Brasil. |
| | BATISTA, MONDINI, JAIME. Ações do Programa Saúde na Escola e da alimentação escolar na prevenção do excesso de peso infantil: experiência no município de Itapevi, São Paulo, Brasil, 2014. 2017. | Descrever ações de alimentação escolar relacionadas à prevenção do excesso de peso em estudantes. Itapevi, São Paulo. |
| | Formação | FARIAS, et al. Análise da intersetorialidade no Programa Saúde na Escola. 2016. |

Fonte: Elaboração própria.

Após conhecermos diferentes contextos em que as atividades do PAS e PSE podem ser desenvolvidas, cabe destaque para a participação das equipes de atenção básica junto a outras equipes para o desenvolvimento das ações nas escolas referenciadas e nos polos de academia da saúde. Daí a importância da sua participação nesse curso para fomentar esse olhar diferenciado uma articulação melhor desses programas no seu território, de maneira conjunta com a sua equipe.

Considerando as potencialidades dos programas de promoção da saúde na atenção básica, o PAS e PSE oportunizam a realização de intervenções para além da assistência focada na doença, promovendo atividades de práticas corporais, alimentação saudável, educação em saúde e autocuidado. Além disso, tais programas possibilitam a construção e fortalecimento de vínculos presentes no cotidiano dos polos de academias da saúde a partir da aproximação desses espaços com a vida dos usuários e de seus territórios (SÁ et al., 2016; SILVA JUNIOR, 2014; CARVALHO; JAIME, 2016).

Embora os avanços na concepção de um cuidado integral e territorializado sejam evidentes, identifica-se fragilidades e desafios relacionados às práticas e processos de trabalho dos gestores e equipes dos programas, bem como às questões estruturantes do modelo de saúde praticado no Brasil.



Que tal refletir um pouco mais?

A equipe de saúde em que você está inserido(a) desenvolve ações em escolas, academias da saúde ou em outros equipamentos públicos localizados em seu território de atuação?

Se desenvolve, como é o processo de planejamento e execução das ações? As equipes e público dos equipamentos estão inseridas neste processo? Há alguma ferramenta ou estratégia para tal?

Se não desenvolve, você identifica algum equipamento público no território, que possa se tornar um espaço de ações permanente de promoção da saúde? Como e quem poderia participar do planejamento e execução das ações?

No âmbito do PSE, ainda se observa a predominância de ações desarticuladas e isoladas entre os gestores governamentais e os profissionais, contribuindo para a burocratização dos serviços, o não aproveitamento de tempo, de recursos financeiros e humanos, bem como a duplicidade de ações do programa. O PSE é prescrito pelo setor saúde para ser executado com o setor de educação, reproduzindo a lógica setorial ainda que seja concebido como política fundamentada na intersetorialidade (SILVA JUNIOR, 2014).

Embora Medeiros et al. (2018) tenham identificado a insuficiência de recursos materiais, financeiros e a sobrecarga de atribuições no processo de trabalho das equipes como fatores limitantes na implantação do PSE em um município do nordeste brasileiro, também verificaram fatores facilitadores, tais como a satisfação dos profissionais e a articulação entre os setores saúde e educação. Na perspectiva do processo político-gerencial do PSE, Sousa, Esperidião e Medina (2017) avaliaram que o setor saúde exerce papel dominante nos processos decisórios e na mobilização de recursos, enquanto a educação atua de forma periférica. Em relação às práticas de trabalho, os pesquisadores identificaram uma abordagem biomédica, na qual as ações de saúde na escola eram conduzidas por meio de palestras (SOUSA; ESPERIDIÃO; MEDINA, 2017).



Que tal refletir um pouco mais?



Fonte: <http://educacaoereflexao2011.blogspot.com/2011/10/mafalda-e-susanita.html>

Qual a relação entre a tirinha de Mafalda e a condução de ações de saúde na escola por meio de palestras? Como devem se sentir as pessoas que estão passivas nesse processo de “educação bancária”, tal qual o pernambucano Paulo Freire denominou? Quais as possibilidades de facilitação que prezem por uma “educação problematizadora” conforme discutido no Módulo 4?

De modo semelhante, ao caracterizar o processo de trabalho de equipes do PAS da Região Metropolitana do Recife, as principais limitações encontradas foram atribuídas à participação ineficiente da coordenação do programa para planejar, executar e avaliar as ações, a precariedade do material utilizado nas aulas de ginástica e a dificuldade de integrar as atividades do programa à rede e demais serviços da atenção básica (GUARDA et al., 2015).

De acordo com Sá et al. (2016), a partir do contexto de implantação do PAS e da caracterização de seu funcionamento no Brasil, as dificuldades apontadas pelos gestores compreendiam a inclusão de crianças e adolescentes no programa e a contratação de profissionais. Sobre o funcionamento dos polos, relatou-se o desenvolvimento prioritário de práticas corporais, ações com a temática de alimentação saudável e educação em saúde, além do destaque aos participantes adultos e idosos como público majoritário.

Devemos reconhecer as dificuldades e o evidente potencial do PAS e PSE para promover saúde e fomentar a articulação de ações intersetoriais a partir do trabalho territorializado da atenção primária no SUS. As fragilidades apontam para a necessidade de qualificar as ações dos programas de promoção da saúde e os respectivos equipamentos públicos em que são desenvolvidas, desde a gestão até os processos avaliativos. Ao apontar caminhos para o alcance efetivo dos objetivos dos programas, observa-se a demanda por mais investimentos na formação em serviço dos profissionais dos polos do PAS em todo o país (GUARDA, 2015). De forma consoante, para promover cuidado na escola, faz-se necessário viabilizar a valorização e formação dos trabalhadores da saúde e da educação, bem como o incremento da infraestrutura e do acesso aos serviços assistenciais (SILVA JUNIOR, 2014).

Diante do que trouxemos, conversamos e refletimos, ressaltamos a importância da contextualização das ações de promoção da saúde à dinâmica territorial, ao perfil das populações locais e aos processos de trabalho de todas as equipes envolvidas em tais atividades. Assim, o planejamento das ações nos polos de academia da saúde e nas escolas do PSE deve ser realizado pelas equipes de atenção básica com os demais profissionais considerando as demandas da população usuária dos equipamentos. Ao integrar esses diferentes atores no planejamento das ações, ocorre um melhor compartilhamento de responsabilidades e atribuições nas etapas relacionadas à execução e avaliação das mesmas, permitindo a corresponsabilização entre gestores, profissionais e usuários e maior resolutividade na produção de cuidado inserida em tais cenários.

Neste sentido, as experiências de promoção da saúde são diversas e, assim como a obesidade, são influenciadas por múltiplas relações envolvendo os indivíduos, seus círculos sociais, condições econômicas e os territórios em que estão inseridos. Para entendermos melhor como o PAS e o PSE representa tais experiências, compartilhamos a seguir relatos de profissionais sobre suas vivências dos desafios e potencialidades desses programas.

DAQUILO QUE VIVEMOS NA PONTA: Elementos estratégicos para refletir a prática do PSE

Carla Caroline Silva dos Santos
Nutricionista NASF – Recife/PE 2020

É fato que a escola é um espaço privilegiado para práticas de promoção à saúde e prevenção de agravos, tanto pela abrangência que alcança no que se refere à quantidade de indivíduos, quanto pela diversidade do público que ela geralmente compreende. Logo, o trabalho do Programa Saúde na Escola é fundamental para a construção da integralidade do cuidado, em que a saúde utiliza a escola como esse espaço tático de desenvolvimento das ações de promoção da saúde, e a educação se utiliza das ações em saúde para ressignificar pedagogicamente o cuidado de si e do outro. Entretanto, os desafios desta prática são diversos. Aqui destacaremos apenas alguns, extraídos das experiências vividas e entendidos como estratégicos para tentar repensar nossas práticas.

O PSE é um programa genuinamente intersetorial, o que requer um planejamento e implementação de maneira intersetorial. E isso compromete os processos de trabalho já estabelecidos nas equipes, seja da saúde, seja da educação. Contudo, na prática, muitas vezes, essa construção é separada. Construir em conjunto de demanda reconhecimento de prioridades e aberturas para negociações. Quem renuncia a quê? Como encontrar um denominador comum que motive os dois setores? Muitas vezes essa pactuação depende bastante dos profissionais que estão envolvidos nas ações e que acreditam na proposta. Em equipes com NASF, por vezes, é o NASF quem acaba atuando como elo entre a equipe de saúde da família (eSF) e a escola estimulando a construção de uma agenda conjunta e ajustada às necessidades e realidade dos setores envolvidos.

Sobre esta dificuldade, vale destacar que os impasses de pactuação não se dão apenas na execução das ações pelas equipes da saúde e da educação, a questão é que muitas vezes há uma verticalização do programa, não permitindo que os atores que executam tais práticas dialoguem com aqueles que, enquanto gestores, demandam que sejam executadas.

No campo da alimentação e nutrição, há um universo de possibilidades de ações a serem desenvolvidas na perspectiva da promoção da saúde e da alimentação adequada e saudável. Dentre elas está a avaliação antropométrica, que é a principal ação executada pelas equipes, em virtude dos dados obrigatórios para o monitoramento do estado nutricional dos escolares. O que gostaríamos de destacar é a condição estratégica dessa ação, quando trabalhada na perspectiva ampliada de sua abordagem. Dessa forma, num processo de aferição do peso e/ou da altura, o olhar mais sensível do profissional é capaz de identificar diversas outras situações de risco e vulnerabilidade, principalmente entre crianças e adolescentes. Por vezes, em uma pergunta, sentimos a retração da criança em responder algo, o medo do adolescente em se pesar, as limitações cognitivas de compreensão e/ou de linguagem.

Um sorriso pode revelar a condição da sua saúde bucal. Tirar sapatos ou boné, pode desnudar problemas dermatológicos, assim como tirar o casaco pode mostrar sinais de violência. A necessidade de consertar o corpo para a aferição da altura pode revelar problemas de coluna. A pesagem coletiva em espaço aberto da escola pode alertar quanto ao bullying sofrido diariamente por diversas questões (peso, preconceito racial, dimensões de gênero). Através desses exemplos podemos perceber a oportunidade da ampliação do cuidado e a perspectiva do trabalho multiprofissional em uma simples atividade.

Ao mesmo tempo, as ações de Educação Alimentar e Nutricional nos colocam frente à realidade paradoxal entre o discurso e a prática. É o desafio constante de falar de alimentação saudável num contexto de insegurança alimentar, onde há pessoas que pouco tem o que comer, em que as escolhas estão condicionadas estritamente à renda, em que o ambiente alimentar limita o acesso aos alimentos saudáveis. Sem contar o fato de que, por vezes, se observam as limitações da própria alimentação escolar em ser executada de forma adequada e garantir o acesso ao alimento seguro e de qualidade. Ainda assim, é possível se apegar às pequenas mudanças do dia a dia como a historinha de Chapeuzinho Vermelho que leva cesta com frutas sem veneno para a vovó, dos olhos assustados com a quantidade de açúcar que se tem em um biscoito recheado, do bilhetinho da mãe que conseguiu melhorar o consumo de verduras em casa ou do aluno da modalidade Educação de Jovens e Adultos (EJA) que tirou o refrigerante da sua rotina alimentar...

Daí, levantamos uma última reflexão: o programa pressupõe acompanhamento longitudinal no território. O que remete novamente para a intersetorialidade como elemento-chave a ser destacado no processo de execução do PSE. A definição de território, ou melhor, de população adstrita, para as equipes de saúde e para as escolas é diferente. Diante disso, muitas vezes, a identificação de escolares com necessidade de assistência e que não fazem parte da comunidade adscrita por aquela unidade de saúde, impõe a necessidade de uma intervenção articulada por uma rede de saúde que pode não existir, ou que é insuficiente.

As potencialidades e desafios presentes na execução do PSE só nos reforçam a dimensão do nosso trabalho na Atenção Primária à Saúde e a importância da integralidade do cuidado em todas as suas vertentes, coloca na ordem do dia a necessidade de efetivação das linhas de cuidado na assistência em rede intersetorial e expõe o poder que a promoção da saúde pode alcançar.

PROGRAMA ACADEMIA DA SAÚDE E DESAFIOS PERCEBIDOS: olhar do profissional de educação física de um programa de residência multiprofissional

Cáio da Silva Dantas Ribeiro

Profissional de Educação Física – Vitória de Santo Antão/PE 2020

Desde muito tempo, observam-se as pesquisas e as ações em saúde centradas na formulação e implantação de políticas, projetos e programas que propõem como objeto de estudo a doença. Entender a doença, os fatores individuais, interpessoais, comportamentais, culturais e ambientais dos indivíduos em relação à saúde da população em geral implicam diretamente na análise e na estruturação de normas e políticas que utilizam a promoção de hábitos alimentares e da atividade física, como no caso da Política Nacional de Promoção da Saúde, em 2006, abrindo porta para a criação do Programa Academia da Saúde, em 2011.

O Programa Academia da Saúde foi instituído como ferramenta de fortalecimento e qualificação das ações de promoção da saúde com utilização de práticas corporais e atividades físicas (AF) para as comunidades. Como cada território é singular e tem suas particularidades, até numa mesma cidade, o PAS se ramificou em todo o território nacional e, hoje, é um “programa guarda-chuva” para demais programas estaduais e municipais de promoção da AF.

Assim como as Unidades de Saúde da Família e Unidades Básicas de Saúde, o PAS também se apresenta como porta de entrada ao serviço de saúde, promovendo encontros e aproximação dos usuários. O PAS apresenta, por esses e outros motivos, uma importante ferramenta de enfrentamento e cuidado à pessoa com obesidade, por favorecer a integralidade do cuidado (acompanhamento do indivíduo em diversos serviços de saúde), responsabilizar o indivíduo como cuidador da sua própria saúde e como responsável pelos equipamentos técnicos do programa. Especificamente em Pernambuco, o PAS apresenta diversas experiências exitosas como o caso do Programa Academia da Cidade, implantado em Recife desde 2002, e que, atualmente, oferece atividades em 42 polos; e o Programa Saúde em Movimento da cidade do Paulista, implantado desde 2003, e que possui, atualmente, 32 polos.

O PAS apresenta diversas dinâmicas de trabalho, de abordagens e de público-alvo e isso contribui para algumas dificuldades, como: 1) incompatibilidade de horários, dificultando o diálogo, planejamento e acompanhamento interprofissional das atividades; 2) planejamento de uma mesma aula para público heterogêneo; 3) segurança pública.

Um dos objetivos do programa consiste na melhora da saúde e a redução da obesidade. Desse modo, é prioridade a união das atividades do profissional de educação física e do nutricionista na comunidade.

A divisão do horário de trabalho do profissional do PAS, em dois turnos por dia, se coloca como um desafio, pois dificulta a comunicação com os outros serviços de saúde oferecidos no território, como o diálogo com o nutricionista do NASF, tão necessário para a orientação e monitoramento do estado nutricional dos usuários.

Os usuários do PAS comparecem aos polos distribuídos na cidade para realização de aulas de ginástica coletiva. A criação dessas aulas, por parte do profissional de educação física, consiste em utilização de uma metodologia de treino que atenda às individualidades de cada participante. Logo, quando se trata do uso da AF no processo de emagrecimento, essas atividades oferecidas em uma única aula devem considerar as limitações e potencialidades de cada aluno dentro de uma turma de pessoas com quadros clínicos e objetivos diferentes.

A falta de segurança pública pode ser considerada como outro importante desafio na adesão às atividades do PAS, pois aumenta as chances de ocupação desses espaços para outras finalidades, como o tráfico de drogas, ou facilita a depredação dos equipamentos, desmotivando a apropriação desses espaços pela comunidade para prática de AF. Portanto, além da estrutura física, também se faz necessário oferecer espaços com o mínimo de segurança para a proteção dos comunitários, garantindo equipamentos em bom estado de conservação e uso.

Apesar dos inúmeros desafios encontrados para a oferta dos serviços do PAS, é inegável o impacto deste programa na promoção da saúde e qualidade de vida da população. Portanto, além de cuidar e manter as estruturas construídas em funcionamento adequado, é necessário ampliar o número de polos nas comunidades, estimulando e democratizando o acesso às práticas corporais e AF. Sendo assim, a efetividade do PAS está relacionada a fatores além das fronteiras dos polos, como o trabalho realizado por uma equipe multiprofissional, vinculada a diversos serviços de saúde, como o NASF, a UBS e o CAPS, e setores, como a saúde, educação e segurança.

Considerações finais

O diálogo por meio da escuta ativa e pactuações entre gestores, equipes de saúde, equipes de equipamentos públicos e usuários do PAS e do PSE deve ser promovido desde as etapas de planejamento, até a execução e avaliação das atividades realizadas no escopo desses programas e em demais equipamentos públicos enquanto espaços promotores de saúde. Reconhecer as potencialidades e os desafios presentes no trabalho compartilhado entre profissionais e equipes, no desenvolvimento de ações de promoção da saúde, é fundamental para o alcance de maior efetividade na prevenção e cuidado da pessoa com obesidade.

Referências

ASSIS, S.S.; JORGE, T.A. As doenças negligenciadas e a promoção da saúde: possibilidades e limites para a articulação entre os currículos de ciências e o Programa Saúde na Escola (PSE). *Rev. SBEnBio*, São Paulo, n.7, p. 6853-6864, out. 2014.

BATISTA, M. D.; MONDINI, L; JAIME, P. C. Ações do Programa Saúde na Escola e da alimentação escolar na prevenção do excesso de peso infantil: experiência no município de Itapevi, São Paulo, Brasil, 2014. *Epidemiol. Serv. Saúde*, Brasília, v.26, n.3, p.569-578, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Passo a passo PSE Programa Saúde na Escola: Tecendo Caminhos da Intersetorialidade. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Programa Academia da Saúde - Cartilha Informativa. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

BRINGEL, N.M.; MARQUES, K.K.; DUTRA, E.F. et al. Posturas e estratégias sobre sexualidade a partir do programa saúde na escola: discursos de professores. *Revista de Enfermagem da UFSM*, Santa Maria, v.6, n4, p. 494-506, 2016.

BRITO, C.C.; OLIVEIRA, M.T. Bullying and self-esteem in adolescents from public schools. *J. Pediatr. Rio de Janeiro*, v.89, n.6, p. 601-607, nov./dec. 2013.

CARVALHO, F. F. B. DE; JAIME, P. C. O Programa Academia da Saúde – um estabelecimento de saúde da Atenção Básica. *Journal of Management & Primary Health Care*, Uberlândia, v. 6, n. 1, p. 46–64, ago. 2016.

CORIOLO-MARINUS, M.W.L et al. Saúde do Escolar: uma abordagem educativa sobre Hanseníase. *Saúde Transform. Soc.*, Florianópolis, v.3, n.1, p.72-78, jan. 2012.

DINIZ, C.B.C. et al . Adolescent nutrition monitoring the Health Program in School. *J. Hum. Growth Dev.*, São Paulo , v. 30, n. 1, p. 32-39, abr. 2020 .

FARIAS, I. C. V. et al. Análise da Intersetorialidade no Programa Saúde na Escola. *Rev. bras. educ. med*, Rio de Janeiro, v. 40, n. 2, p. 261-267, June 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S01005022016000200261&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 02 dez. 2020.

FLORINDO, A. A. et al . Promoção da atividade física e da alimentação saudável e a saúde da família em municípios com academia da saúde. *Rev. bras. educ. fís. esporte*, São Paulo, v. 30, n. 4, p. 913-924, Dec. 2016 . Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1807-55092016000400913&lng=en&nrm=iso. Acesso em 23 Nov. 2020.

GUARDA, F. et al. Caracterização das equipes do Programa Academia da Saúde e do seu processo de trabalho. *Rev Bras Ativ Fis Saúde*, Florianópolis, v. 20, n. 6, p. 638–638, 2015.

HONÓRIO, R.F.; HADLER, M.C.C.M. Factors associated with obesity in Brazilian children enrolled in the School Health Program: a case-control study. *Nutr. hosp. Madri*, v.30, n.3, p.526-534, set. 2014.

LEE, B. Y. et al. A systems approach to obesity. *Nutr Rev*, Oxford, v. 75, n. 1, P. 94-106, jan. 2017.

MALTA, D; SILVA, M.; ALBUQUERQUE, G. et al. Política Nacional de Promoção da Saúde, descrição da implementação do eixo atividade física e práticas corporais, 2006 a 2014. *Rev Bras Ativ FisSaúde*, Florianópolis, v,19, n.3, p.286-299, maio 2014.

MEDEIROS, E. R. et al. Facilidades e dificuldades na implantação do Programa Saúde na Escola em um município do nordeste do Brasil. *Rev Cuidarte*, Colombia, v. 9, n. 2, p. 2127–34, maio 2018.

OLIVEIRA, I. C.; CUTOLO, L. R. A. Integralidade: Algumas Reflexões. *Rev Bras Educ Med*, Brasília, v. 42, n. 3, p. 146–152, set. 2018.

PEREIRA, K.A.S.; NUNES, S.E.A.; MIRANDA, R.S.A. et al. Fatores de risco e proteção contra doenças crônicas não transmissíveis entre adolescentes. *Rev. Bras. Promoç. Saúde*, Fortaleza, v.30, n.2, p. 205-212, 2017.

RAMOS, E. S.; RAMOS, J.H.O.; DAMASCENA, R.S. Avaliação do Uso de Plantas Medicinais na Academia da Saúde do Município de Rio de Contas/BA. *Id on Line Rev. Mult. Psic.,Jaboatão dos Guararapes*, v.12, n.. 42, Supl. 1, p. 75-84, 2018.

SÁ, G. B. A. R. et al. O Programa Academia da Saúde como estratégia de promoção da saúde e modos de vida saudáveis: cenário nacional de implementação. *Ciência Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 6, p. 1849–1860, jun. 2016.

SALLIS, J.F., CERVERO, R.B., ASCHER, W. et al. An ecological approach to creating active living communities. *Annu. Rev. Public Health*, v. 27, p. 297-322, 2006

SILVA JUNIOR, A. J. Programa saúde na escola: limites e possibilidades intersetoriais. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, v. 18, n. 51, p. 799–799, dez. 2014.

SOUSA, M. C. ; ESPERIDIÃO, M. A.; MEDINA, M. G. A intersetorialidade no Programa Saúde na Escola: avaliação do processo político-gerencial e das práticas de trabalho. *Ciênc Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 6, p. 1781–1790, jun. 2017.

WOLKER, S.M.; SANDRESCHI, P.F.; TOMICKI, C. et al. Monitoramento do programa academia da saúde de 2015 a 2017. *Rev. andal. med. deporte*, Barcelona, v. 13, n.1, p. 16-20, mar. 2020.

INSTITUIÇÃO EXECUTORA



UNIVERSIDADE
FEDERAL
DE PERNAMBUCO

APOIO



MINISTÉRIO DA
SAÚDE



Conselho Nacional de Desenvolvimento
Científico e Tecnológico

COLABORADORES






Uma Visão Ampliada da Obesidade:

Reflexões sobre o Cuidado na Atenção Básica

VOLUME 2

 www.atenaeditora.com.br

 contato@atenaeditora.com.br

 @atenaeditora

 www.facebook.com/atenaeditora.com.br

 Atena
Editora

Ano 2021



Uma Visão Ampliada da Obesidade:

Reflexões sobre o Cuidado na Atenção Básica

VOLUME 2



www.atenaeditora.com.br



contato@atenaeditora.com.br



[@atenaeditora](https://www.instagram.com/atenaeditora)



www.facebook.com/atenaeditora.com.br

Atena
Editora

Ano 2021