 Kellem Regina Rosendo Vincha¹

 Bruna Zillesg Borges dos Santos²

 Viviane Laudelino Vieira³

 Ana Maria Cervato-Mancuso²

¹ Universidade Federal de Juiz de Fora, Departamento de Nutrição. Governador Valadares, MG, Brasil.

² Centro Universitário Estácio de São Paulo, Curso de Nutrição. São Paulo, SP, Brasil.

³ Universidade de São Paulo, Faculdade de Saúde Pública, Departamento de Nutrição. São Paulo, SP, Brasil.

Correspondência

Kellem Regina Rosendo Vincha
kvincha@yahoo.com.br

Este manuscrito é baseado na tese de doutorado título “Grupos educativos de alimentação e nutrição: um cenário promotor da autonomia nas escolhas alimentares”, autoria de Kellem Regina Rosendo Vincha, sob orientação de Ana Maria Cervato-Mancuso, apresentada em 28 de novembro de 2017, ao Programa de Pós-Graduação em Nutrição em Saúde Pública, da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (USP), para a obtenção do título de Doutor em Ciências

Financiamento: Esta pesquisa teve o apoio financeiro da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo, processo 13716-0/2015.

Identificando elementos de empoderamento e autonomia nas escolhas alimentares em grupos de Educação Alimentar e Nutricional: uma pesquisa qualitativa

Identifying elements of empowerment and autonomy in food choices in Food and Nutrition Education groups: A qualitative research

Resumo

Introdução: As políticas públicas de saúde têm reforçado a importância do empoderamento e da autonomia dos indivíduos, mas esses aspectos são desconhecidos na área da Nutrição. **Objetivo:** Identificar elementos que contribuem para o fortalecimento do empoderamento e autonomia nas escolhas alimentares de participantes de grupos de Educação Alimentar e Nutricional. **Métodos:** Pesquisa qualitativa na perspectiva das representações sociais realizada na Atenção Primária à Saúde da cidade de São Paulo, Brasil. Foram desenvolvidos dois grupos contendo usuários com doenças crônicas. Esses usuários, com idade de 47 a 78 anos, compareceram em média a seis encontros grupais, em um período de três meses. Para explorar a vivência dos participantes, a fim de compreender como eles atribuem sentidos e significados a suas escolhas alimentares, realizou-se entrevista semiestruturada com 15 usuários, pós-intervenção. Para a análise dos dados, aplicou-se a análise de conteúdo temática. **Resultados:** Cinco temas emergiram: autopercepção, informação e conhecimento, capacidade pessoal, atitude e adaptação ativa às escolhas. Os quatro primeiros foram identificados como elementos de empoderamento, pois evidenciaram a ampliação da capacidade dos indivíduos de pensar e agir criticamente frente às escolhas alimentares. O último foi formado pelo confronto de determinantes, responsabilização e negociação interna, que se revelaram elementos da autonomia, uma vez que configuraram transformações construídas pelos próprios participantes, pós-intervenção. **Conclusão:** Os elementos identificados mostraram compor a avaliação da autonomia nas escolhas alimentares dos indivíduos, podendo constituir indicadores de avaliação da Educação Alimentar e Nutricional, bem como avaliar e monitorar as práticas de cuidado preconizadas na promoção da saúde.

Palavras-chave: Educação Alimentar e Nutricional. Promoção da Saúde. Alimentação Saudável. Atenção Primária à Saúde. Pesquisa qualitativa.

Abstract

Introduction: Public health policies have reinforced the importance of empowerment and autonomy of individuals, but these aspects are unfamiliar in the Nutrition field. **Objective** To identify elements that contribute to the strengthening of empowerment and autonomy in food choices of Food and Nutrition Education Groups participants. **Methods:** A qualitative research from the perspective of social representations was

carried out in the Primary Health Care in São Paulo city, Brazil. Two groups containing patients with chronic diseases were developed. These patients, between 47 and 78 years old, attended an average of 6 group meetings, within a three-month period. To explore the experiment patients, in order to understand how they attribute senses and meanings to their food choices, a semi-structured interview was conducted with 15 patients, post-intervention. To analyze the data, thematic content analysis was applied. **Results:** Five themes were identified: self-perception, information and knowledge, personal ability, attitude and active adaptation towards choices. The first four were identified as elements of empowerment, because they evidenced the expansion of individuals' capacity to think and act critically towards food choices. The last theme was formed by the confrontation of meanings from determinants, accountability and internal negotiation, which proved to be elements of autonomy, since they have configured transformations constructed by the participants themselves, post-intervention. **Conclusions:** The identified elements demonstrated to compose the evaluation of autonomy in individuals' food choices, being able to constitute rating indicators of Food and Nutrition Education, as well as to evaluate and monitor care practices recommended in health promotion.

Keywords: Food and Nutrition Education. Health Promotion. Healthy Diet. Primary Health Care. Qualitative Research.

INTRODUÇÃO

As doenças crônicas constituem um problema de saúde pública, que causam perda de qualidade de vida e alto grau de limitação nos indivíduos.¹ No Brasil, essas doenças, em especial as relacionadas à alimentação e nutrição, estão presentes nos serviços de Atenção Primária à Saúde (APS), nos quais o cuidado é realizado por equipes multiprofissionais. Para prevenir tais doenças e promover a saúde dos indivíduos, melhorando suas escolhas alimentares, esses profissionais desenvolvem ações de Educação Alimentar e Nutricional (EAN).^{2,3}

Estudos sobre EAN mostram que as ações têm maior efetividade quando são fundamentadas em teorias e possuem objetivos definidos⁴ e quando são realizadas em grupos.^{5,6} No sentido de mensurar os resultados desses grupos na saúde dos indivíduos, estudiosos utilizam indicadores bioquímicos e antropométricos. Ao mesmo tempo, concebe-se que estes devem ser complementados com outros indicadores, os quais ampliem a compreensão do processo de escolhas alimentares dos indivíduos.^{2,7} Em alternativa, outros estudiosos têm frisado a importância de avaliações com abordagens qualitativas e participativas.^{8,9}

Essas abordagens podem ser instigadas pela busca da autonomia em saúde, compreendida como a capacidade dos indivíduos de avaliar as opções em saúde construídas em conjunto com os profissionais, de decidir dentre as opções, de se sentir confiantes sobre suas decisões, de definir soluções para alcançar suas decisões e de agir diante dos determinantes de saúde, responsabilizando-se pelo cuidado.¹⁰⁻¹³ Essa autonomia é fortalecida por um processo de empoderamento, no qual os indivíduos ampliam suas capacidades de pensar e agir criticamente sobre seus cuidados.¹⁴

O fortalecimento da autonomia e o empoderamento dos indivíduos são preconizados pelas políticas públicas de vários países, sobretudo para o contexto da APS e para o cuidado de portadores de doenças crônicas.¹⁵ Porém, esses aspectos no campo da Nutrição são pouco conhecidos e não há evidências sobre elementos que compõem a autonomia nas escolhas alimentares.^{15,16} Brandstetter et al.¹⁶ confirmam isso em uma revisão sistemática sobre empoderamento para a alimentação saudável, na qual, revelam que pesquisadores e profissionais utilizam conceitos e indicadores generalizáveis da saúde, em virtude da insuficiência desta discussão no campo.

A construção de novos conhecimentos sobre esses elementos pode oportunizar a consolidação dos grupos de EAN. Assim, o objetivo deste estudo foi identificar elementos que contribuem para o fortalecimento do empoderamento e da autonomia nas escolhas alimentares de participantes de grupos de EAN.

MÉTODOS

Contexto

No Brasil, as ações de EAN, principalmente na promoção da saúde, têm sido estimuladas, reconhecidas e financiadas pelas políticas públicas, que recomendam, para a prática profissional, a incorporação de abordagens e recursos ativos e problematizadores, com avaliação dentro de um processo de planejamento participativo.^{17,18}

Apoiado nessas recomendações, o presente estudo realizou dois grupos de EAN, em 2015 e 2016, com o objetivo de fortalecer a autonomia nas escolhas alimentares dos participantes. A construção do método educativo teve como base os referenciais teóricos: EAN,¹⁸ promoção da saúde,¹⁹ alimentação adequada e saudável¹⁷ e teoria do Grupo Operativo (GO).²⁰

Os grupos de EAN, referidos a partir daqui como “grupos”, foram coordenados por uma nutricionista, principal autora do estudo, com o apoio de uma observadora. Para a implementação, estas tiveram como direcionadores um plano de trabalho composto por tarefa dos encontros, momentos de acolhimento, de integração/reflexão e de fechamento. Em todos os encontros, semanais e quinzenais, foram incluídas abordagens e estratégias ativas e

problematizadoras. Realizou-se a avaliação de resultado dos grupos pós-intervenção quanto ao fortalecimento da autonomia nas escolhas alimentares dos participantes.

Delineamento

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, sob a perspectiva das representações sociais,²¹ e para a construção do universo empírico, aplicou-se a entrevista reflexiva.

Participantes e inclusão

O estudo foi realizado na cidade de São Paulo (Brasil), em uma Unidade Básica de Saúde (UBS) responsável pelo cuidado de 110 mil indivíduos. Destes, 455 foram atendidos pela equipe de Nutrição durante o período da pesquisa, sendo a maioria do sexo feminino e com mais de 40 anos de idade. Para representá-los e com o intuito de obter homogeneidade entre os participantes, foram estabelecidos os critérios de inclusão: ter idade mínima de 40 anos, buscar o atendimento devido a alguma doença crônica relacionada a alimentação e nutrição e comparecer no mínimo em três encontros do grupo.

A seleção foi por conveniência, realizada pela equipe de Nutrição por meio de triagem nutricional durante dois meses. Quando o usuário apresentava os critérios, era feito o convite para participar voluntariamente do estudo. Dessa maneira, foram convidados 32 usuários, sendo que 22 compareceram nos primeiros encontros e 15 permaneceram até o término da intervenção.

Os 15 participantes compareceram em 4 a 8 encontros, em média seis, dentro de um período de três meses. Em relação à presença nos encontros, o número de participantes foi de 2 a 9, com média de sete. Desses participantes, 13 eram do sexo feminino e dois do masculino, tinham idade de 47 a 78 anos e possuíam ensino fundamental incompleto a superior completo. As ocupações mais frequentes eram: do lar, doméstica e cuidadora. Quanto às doenças crônicas, eles apresentavam, isoladamente ou associadas, obesidade, hipertensão arterial sistêmica, dislipidemia, diabetes *mellitus*, osteoporose e gastrite.

Esta pesquisa foi realizada de acordo com as normas envolvendo seres humanos e foi aprovada pelo Comitê de Ética da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, parecer nº 1.035.608/2015. Todos os participantes assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido..

Entrevistas semiestruturadas

Um mês após o término dos grupos, efetuou-se entrevista individual com os 15 participantes conduzida na UBS pela principal autora. Foi utilizada a técnica de entrevista reflexiva, na qual a entrevistadora refletia sobre a fala do participante e expressava sua compreensão, proporcionando a possibilidade de outro movimento reflexivo.²²

A entrevistadora utilizou um roteiro de questões que foi elaborado, testado e aperfeiçoado antes da seleção dos participantes. Três questões do roteiro eram referentes às escolhas alimentares, por exemplo: "pensando na sua rotina em casa e/ou no trabalho, você percebeu alguma mudança na sua alimentação e saúde?". E, em uma das questões, questionava-se sua opinião sobre o caso de uma usuária de UBS com características e necessidades de saúde semelhantes aos dos participantes.

As entrevistas, que tiveram duração média de 34 minutos cada, foram gravadas em áudio e transcritas na íntegra pelas duas primeiras autoras.

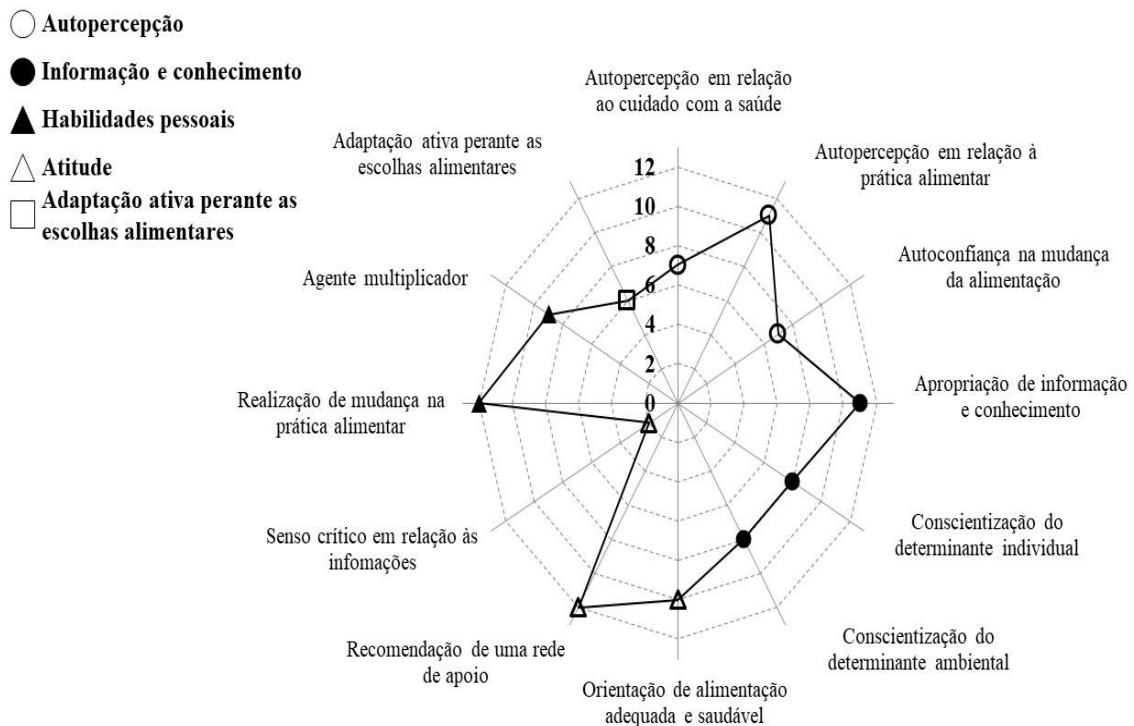
Análise dos dados

Para analisar os dados, aplicou-se a análise temática de conteúdo, por meio de abordagens dedutiva e indutiva, mediante as etapas de exploração, codificação, desenvolvimento de categorias e interpretação.²³ Na exploração e na codificação, as duas primeiras autoras organizaram os dados no Microsoft® Word 2010, que, por meio da leitura linha por linha, editaram os textos para beneficiar sua leitura e análise, codificando-os. No desenvolvimento de categorias, usou-se o *software* NVivo 11® (QSR International), que facilitou o processo de redução do texto a expressões significativas e a classificação e agregação dos dados por meio da formulação de categorias. Os conteúdos foram validados por todas as autoras.

RESULTADOS

Com referência à autonomia nas escolhas alimentares dos participantes, foram identificados cinco temas: auto percepção, informação e conhecimento, habilidade pessoal, atitude e adaptação ativa perante as escolhas. Os temas, incluindo seus subtemas e a frequência dos participantes neles, estão apresentados na figura 1 e descritos na sequência, com exemplos de trechos de falas dos participantes, identificados por números, sexo e idade em anos.

Figura 1. Temas e subtemas da autonomia nas escolhas alimentares dos participantes de grupos de Educação Alimentar e Nutricional.



Auto percepção

Na “auto percepção em relação ao cuidado”, houve a revelação da maneira de pensar e/ou agir dos participantes sobre os cuidados com a saúde, pois eles relataram a associação da alimentação com esse cuidado,

seja para prevenir doenças, questionar a sua doença, cuidar de sua saúde ou de seu estado nutricional. Na “autopercepção sobre a prática alimentar”, verificou-se que a vivência no grupo permitiu aos participantes comparar práticas alimentares entre eles, pois a maioria mencionou que a partir disso percebeu a própria prática, confirmando-a ou notando necessidades de mudanças. Assim, alguns identificaram dificuldades, especialmente quando se trata da alimentação nos finais de semana e fora do domicílio, mas que estão na busca por melhorias:

Teve uma palavra que foi dita ali que pesou assim na minha mente de uma tal maneira, uma pessoa, eu não lembro quem foi, que ela falou assim, "eu nasci para viver, eu não nasci para comer", eu falei "gente eu achei que eu tinha nascido para comer" e essa palavra ficou na minha mente fazendo efeito. Eu estava agindo de uma maneira errada, realmente eu tenho que ver que eu nasci para viver e não para comer [...] (Participante 15, sexo feminino, 47 anos).

Na “autoconfiança na mudança na alimentação”, notou-se a existência do sentimento de confiança em manter as mudanças conquistadas e/ou adquirir novas mudanças, mesmo após o término dos grupos. Essa confiança foi atribuída, pelos participantes, à sensação de capacidade, à lembrança dos grupos, à redução de peso corporal e à expectativa de demonstrar a evolução ao profissional:

Engraçado, parece que quando você vai em um local que tem uma coisa técnica mesmo, pois quando um profissional da área te alerta, porque assim, você vê televisão, você vê revista, tudo, mas parece que quando você está sendo direcionado, alguém está te guiando, parece que as coisas ficam mais claras na cabeça da gente, a gente fica mais feliz, capaz de executar aquilo que a gente deseja, assim que eu me sinto (Participante 10, sexo feminino, 54 anos).

Informação e conhecimento

Em relação à “apropriação de informação e conhecimento”, destaca-se a aquisição de informações pelos participantes, pois a maioria alegou a obtenção de informações de temas discutidos nos encontros, alimentação adequada e saudável e alimentação para o cuidado das doenças crônicas. Eles também relataram a construção de conhecimentos, feita a partir da fala da nutricionista ou dos outros participantes, sendo eles: fortalecimento de um conhecimento já existente, atualização do estado de saúde e descoberta de necessidade de mudanças.

Depois que eu participei do grupo, mudou bastante, que tinham coisas que eu estava comendo sem saber de nada, aí depois que eu participei do grupo, eu fiquei sabendo das coisas que eu podia comer, as coisas que faziam mal [para o controle do diabetes] e as coisas que não faziam mal [...] (Participante 5, sexo feminino, 63 anos).

No tocante à “conscientização do determinante individual”, verificou-se que os grupos despertaram nos participantes a associação das práticas alimentares com os componentes individuais, dado que eles declararam que sua realização é influenciada pelo desejo pessoal e pelos fatores fisiológicos, psicológicos e emocionais:

Eu acho que eu fui me conscientizando, não consigo ficar comendo banha de porco nessas alturas, ainda mais que eu tenho prótese móvel, a parte de cima não sente nada, enfim, já não são coisas importantes mais para mim (Participante 12, sexo masculino, 78 anos).

Já na “conscientização do determinante ambiental”, houve a associação das práticas com os fatores sociais e econômicos. No entanto, eles o desenharam como agravantes de uma alimentação adequada e saudável, enfatizando que o ambiente de trabalho e a aquisição de alimentos considerados saudáveis como obstáculos de mudanças alimentares.

Habilidade pessoal

A capacidade de apoiar outros indivíduos por meio de “orientação sobre alimentação adequada e saudável” surgiu em resposta ao caso apresentado, no qual os participantes relataram orientações voltadas para o cuidado com a doença crônica, orientações de alimentação e recomendação da autopercepção. Além disso, a maioria recomendou, para a situação, o grupo do qual participou e a busca pelo nutricionista, formando a “recomendação de uma rede de apoio”:

Eu indicaria o grupo para ela por que o que eu iria fazer? Dar uma dieta para ela? Não né, iria falar “você vai para o grupo”, porque assim, eu até poderia falar “ah lá faz assim, faz assim”, ela não iria entender porque para ela entender ela teria que participar, teria que fazer a parte dela. [...] Porque se eu indicasse para ela fazer parte do grupo, ela já iria aprender o que eu aprendi, e aí ela com certeza iria conseguir chegar ao objetivo dela (Participante 1, sexo feminino, 52 anos).

O “senso crítico em relação às informações” apareceu em razão da criticidade dos participantes sobre as informações de alimentação e nutrição encontradas em seus cotidianos; eles questionaram o uso por outras pessoas de medicação para perda de peso corporal e de listas de alimentos como guia para as escolhas alimentares, da alegação de integral colocada em alguns alimentos, da declaração de alimentos orgânicos e das informações divulgadas pela mídia:

Uma coisa muito legal que eu aprendi com vocês: eu não acredito o que está nas revistas, nem nos grandes noticiários, “não comam o ovo, olha o colesterol, olha a vitamina C”, essas confusões todas, eu vou pelo bom senso. E tem uma coisa: eu acredito no arroz e feijão e na verdura, na comida de verdade. Não acredito nesses pozinhos de comida, essas mágicas, substitui uma refeição, já nem sei mais os nomes (Participante 8, sexo feminino, 63 anos).

Atitude

Neste tema, destaca-se a “realização de mudança nas práticas alimentares”, em virtude de a maioria dos participantes ter mencionado mudanças alimentares, sendo elas: aumento da distribuição das refeições ao longo do dia, redução de alimentos gordurosos, de frituras e de açúcar, aumento do consumo de frutas e hortaliças, de alimentos integrais e da ingestão hídrica. Foram notados o encontro de soluções pelos participantes para a concretização, a motivação a partir das preparações culinárias trabalhadas nos encontros e a decisão de eliminar alimentos específicos:

[...] Eu acrescentei três coisas que foram: não comer mais aqueles pães todo cheio de coisa, passei a fazer aquele pão integral, esse eu não largo, eu adorei e até as minhas filhas gostaram. [...] acrescentei a água, eu tomo muita água. E como alguma coisa pela manhã. É o meu pãozinho que eu como com café ou com um copo de leite com achocolatado. Aprendi a fazer aquela água com sabores, maçã ou limão na água, muito bom [...] isso ajudou e foi que eu tirei do grupo porque eu passava o dia e não lembrava de tomar água (Participante 9, sexo feminino, 56 anos).

Na atitude de “agente multiplicador”, identificou-se o ato de compartilhar informações/conhecimentos e/ou mudanças alimentares para outros grupos sociais, uma vez que os participantes declararam o compartilhamento de informações ou conhecimentos com seus familiares e amigos, especialmente, a ampliação das mudanças com seus familiares:

Até meu marido também mudou, minha filha mudou também. Eu acho que ajudou bastante para mim, porque assim a gente não tinha o costume de comer muitos legumes e nem verduras, e agora todo mundo, até meu marido, ele já se acostumou (Participante 4, sexo feminino, 54 anos).

Adaptação ativa perante as escolhas alimentares

A despeito do término dos grupos, foi identificada a “adaptação ativa perante as escolhas alimentares” pela transformação dos participantes, por conta própria, do meio em que vivem e/ou de suas ações cotidianas para melhorar a alimentação. Esta foi visualizada pelo ato de confrontar os determinantes que pesavam em suas decisões no cuidado com a alimentação. Apurou-se que os participantes confrontaram suas crenças sobre o ato de comer e de fazer dieta, provocando um ajuste de pensamento, causado pela rememoração de vida e de experiências com este cuidado:

[...] Me ajudou muito lá no grupo conversar sobre os efeitos ao longo da vida, ao longo do tempo, então não adianta eu ter pressa agora, não que eu não vá fazer nada porque não adianta ter pressa, mas não ficar tão aflita com isso. [...] A minha irmã mesmo, a gente estava lá esse final de semana e a gente falando disso, e ela "ah, mas não tem jeito, para a gente emagrecer precisa reduzir a comida, precisa fazer dieta." Aí eu falei: "olha eu não sou mais a favor de fazer dieta, a vida inteira eu fiz e não deu certo é sinal de que está errado se não dava certo." Então eu falei para ela: "eu não estou mais com vontade de fazer isso, isso me deixa irritada, cansada, nervosa, estressada" [...] (Participante 14, sexo feminino, 53 anos).

Também foi identificada a adaptação na forma como os participantes percebem o cuidado, reconhecendo que esse é consequência de suas decisões e atitudes e que as escolhas alimentares podem ser gerenciadas por uma autopercepção constante:

Eu acho que o que mais marcou foi que nós mesmos que temos que cuidar da gente, que ali cada pessoa que estava no grupo eles vão viver cada um na tua casa e se cada um não seguir e falar assim "ah eu fui lá e fiz, mas agora não quero fazer mais", aí não adiantou nada, foram três meses que vieram, mas foi como fazer uma dieta dessas mirabolantes. Então, eu acho que o que mais marcou foi o aprendizado mesmo, de aprender que fazer um acompanhamento é: ou você vai fazer a vida toda ou você vai aprender e praticar porque senão não vai resolver nada (Participante 1, sexo feminino, 52 anos).

Verificou-se, ainda, que a transformação foi produto de reflexões contínuas realizadas pelos participantes consigo mesmos, os quais percorreram uma negociação interna e provocaram mudanças na maneira de se relacionar com as escolhas alimentares, incluindo os eventos sociais e a culinária:

Hoje em dia mudou, se eu estou em uma festa e tem bolo eu como, enfim, eu pude ver que eu posso comer de tudo, mas não preciso comer tudo. Eu comia tudo, a festa era só minha, só para mim ((risos)). Eu gostei da forma de temperar, gostei da forma de misturar o arroz branco com o arroz preto ou com grãos, com sementes, nossa tudo essas misturebas assim é fácil. Na salada assim, meu Deus, tenho feito cada uma [...] (Participante 15, sexo feminino, 47 anos).

DISCUSSÃO

Os achados deste estudo indicam que os participantes obtiveram mudanças na autopercepção, informação e conhecimento, habilidade pessoal e atitude, e que se adaptaram ativamente perante suas escolhas, configurando os elementos.

Constatou-se que as mudanças na autopercepção em relação ao cuidado com a saúde e com a alimentação foram consequências de um diálogo interno dos participantes com os objetos, saúde e alimentação, no qual eles estabeleceram um novo vínculo com os objetos.^{20,24} Nesse diálogo, houve a descoberta de dificuldades de mudanças e suas razões, promovida pela comunicação democrática, intrínseca do GO,²⁰ que fomentou a autopercepção a partir da comparação entre práticas alimentares. Na mudança na autoconfiança, a sensação de

capacidade encontrada atrela-se à autoeficácia, que é estabelecida como a opinião do indivíduo sobre a própria capacidade de desempenho no cuidado ou força para manter as mudanças alimentares e/ou realizar novas. A confiança atribuída à lembrança do grupo, à redução de peso e à demonstração ao profissional está implicada com a crença para a mudança.^{25,26} Dado que a autoconfiança não é inerente,²⁵ afirma-se que ela foi proporcionada pelos grupos, nos quais os participantes elaboraram novos sentidos para suas capacidades e suas aspirações, viabilizando a adesão nutricional.^{26,27}

A mudança na autopercepção está contida no empoderamento,²⁴ uma vez que a sensação de controle sobre a saúde e as escolhas alimentares é condicionada pela percepção dos indivíduos sobre seus cuidados, suas dificuldades, suas capacidades e o sentido de mudança. Essa percepção vincula-se às crenças e valores que são influenciados por dimensões afetivas e cognitivas.²⁸ Logo, assinala-se que o empoderamento para as questões alimentares inicia-se pela autopercepção, pois os indivíduos realizam suas escolhas de acordo com o que pensam e sentem sobre o cuidado e a alimentação.

A mudança encontrada na informação e conhecimento pela apropriação de informações vai ao encontro de avaliações de intervenções nutricionais, aferidas na revisão de Perry et al.²⁵, e de grupos de EAN,²⁹ que mostram que a apropriação interfere na decisão da aquisição e do preparo de alimentos. Destaca-se, no presente estudo, a produção de conhecimentos feita pelos participantes a partir da reflexão de suas realidades, desencadeada pelas possibilidades de construções emergidas nos grupos, que possibilitaram a transformação de conhecimentos existentes em mudanças alimentares.

Os achados da conscientização dos determinantes, individual e ambiental, relacionam-se com as expectativas, experiências e preferências pessoais, as normas de alimentação de grupos sociais, o poder de compra e a condição de oferta de alimentos.^{30,31} A barreira encontrada da aquisição de alimentos considerados saudáveis, como frutas e hortaliças, também foi constatada em estudos nos EUA, no Reino Unido e na Austrália.³¹ Lindemann et al.³² sugerem que isso é consequência das orientações nutricionais dos profissionais da APS, que geralmente são restritivas. Contudo, alega-se aqui que os participantes formaram seus conhecimentos por meio dos grupos de EAN, mas também pela vivência em outros espaços sociais, que podem ter referenciais diferentes. Supõe-se que a conscientização promoveu nos participantes descobertas de motivações de escolhas alimentares até então inconscientes, avigorando suas decisões e forças no controle.³³ Compreende-se que a mudança na informação e conhecimento faz parte do empoderamento, porque ela produz decisões mais informadas e conscientes,¹⁵ amplificando a capacidade dos indivíduos de lidarem com a rede de determinantes.³³

Quanto à mudança na habilidade pessoal, verificou-se a desconstrução da representação de dietas com restrições alimentares e a construção da capacidade de recomendação de rede de apoio de acordo com as necessidades. Essa mudança está implicada no empoderamento, pois a habilidade para identificar e analisar necessidades e direcionar cuidados é resultado de um processo de capacitação.³⁴ O senso crítico em relação às informações, apesar de pouco notório, mostra-se importante, já que a existência atual de informações circulantes sobre alimentação pode induzir escolhas alimentares e afastar os indivíduos de uma alimentação adequada e saudável.^{30,31}

Na mudança na atitude quanto à prática alimentar, aferiu-se que os grupos ampliaram o interesse dos participantes em aprender a preparar alimentos e em desenvolver habilidades culinárias e o prazer de cozinhar, preparar e partilhar refeições.²⁵ O aumento do consumo de frutas e hortaliças é reforçado por outra experiência de EAN,³⁵ apontando uma mudança saliente em indivíduos expostos à ação. Observou-se que a abordagem da alimentação cotidiana, em especial dos aspectos culinários foi propícia, pois ocasionou aumento do consumo dos alimentos partilhados nos grupos. Isso foi consequência da experimentação alimentar com a valorização dos aspectos positivos, que interveio na memória alimentar dos participantes e gerou mudanças, fundamento explicado

por Robinson et al.³⁶ Já a formação de agente multiplicador, também encontrada em outros estudos de intervenção,^{24,29} reforça a importância de grupos promotores do empoderamento, uma vez que ficou nítida a ampliação do individual para o comunitário.

Não obstante, revela-se que a conexão entre mudança positiva na atitude e empoderamento não é unidirecional, recíproca ou mesmo existente.¹⁶ Pesquisadores alegam que as percepções de alimentação adequada e saudável variam consideravelmente por se relacionarem às experiências individuais, e que, por isso, os resultados do empoderamento podem ser diferentes das recomendações preconizadas na ação.^{14,16} Dessa maneira, o achado da privação de alimentos pode ser interpretado como escolha informada e consciente, mesmo ela não tendo sido incentivada nos grupos. Porém, ao compreender a alimentação como elemento de humanização do cuidado, assume-se que sua melhoria está relacionada à capacidade de cada um e ao sentimento de liberdade de escolha como elemento essencial à vida, ou seja, com o empoderamento.

Assim, os elementos que contribuem para o empoderamento nas escolhas alimentares foram identificados: autopercepção, informação e conhecimento, habilidade pessoal e atitude - em razão deles evidenciarem, dentro de uma rede, a ampliação da capacidade dos indivíduos de pensar e agir criticamente¹⁴ sobre suas escolhas alimentares. Esses mostraram que o empoderamento fortifica a identidade pessoal como sujeito autônomo de escolhas alimentares, reforçando-o como ingrediente especial da autonomia em questão.

No que diz respeito à adaptação ativa perante as escolhas alimentares, averiguou-se que os achados do enfrentamento dos determinantes das escolhas e da responsabilização sobre o cuidado estão em consonância com as evidências de empoderamento e de autonomia em saúde.^{10,14,15,33,37} O primeiro, dirigido para os determinantes individuais, exibe que os participantes, ao se transformarem, modificaram o meio e, ao modificarem o meio, modificaram-se a si mesmos.²⁰ O segundo aponta que eles, ao compreenderem a responsabilidade de suas escolhas, assumiram uma atitude ativa no cuidado, atentando às consequências de suas decisões. Cita-se que quando os indivíduos se responsabilizam por seus cuidados, tornam-se mais capazes de agir de forma crítica e decisiva, além de desenvolverem práticas de saúde preventivas.^{28,38}

Destaca-se o achado da negociação interna, na qual se constatou um diálogo interno contínuo dos participantes com os objetos, em que eles conquistam e ajustam formas de organização de suas práticas alimentares. Na teoria do GO, essa negociação se estabelece com a aprendizagem ativa dentro de uma adaptação à realidade.²⁰ Na realidade dos participantes, estão os eventos sociais, que são marcados por refeições diferenciadas da alimentação rotineira, sendo estes vistos, por portadores de doenças crônicas, como obstáculos da alimentação adequada e saudável.³⁹ Indaga-se que os participantes, a partir do diálogo interno, aprenderam que os eventos sociais fazem parte dessa alimentação com escolhas pensadas e responsáveis, que foram construídas de acordo com suas experiências, julgamentos e envolvimento.¹¹ Atribui-se que os indivíduos, ao pensarem, sentirem e praticarem suas escolhas alimentares, se desenvolvem enquanto seres humanos, adaptando-se ativamente em seus meios e aprimorando suas percepções, conhecimentos, habilidades e atitudes para com as escolhas alimentares. Assim, os elementos que contribuem para a autonomia nas escolhas alimentares foram identificados pela adaptação ativa: enfrentamento dos determinantes, responsabilização e negociação interna.

Pelo fato de as mudanças terem ocorrido em intensidades diferentes e sido influenciadas pelas singularidades dos participantes e dos grupos, aponta-se que os elementos identificados não são lineares e nem consistentes, mas indicam possibilidades de avaliação e, conseqüentemente, de consolidação dos grupos de EAN. Desse modo, torna-se congruente a sugestão do uso deles no planejamento e na implementação de grupos que almejem tal objetivo, em especial para os formados por portadores de doenças crônicas relacionadas à alimentação e nutrição, dado que, segundo Entwistle et al.,¹¹ a autonomia em saúde na existência de doença é prejudicada pelas normas e práticas sociais.

Aclama-se que os referenciais teóricos adotados para os grupos foram complementares para o alcance de seu objetivo, pelo desígnio de abordagens qualitativas, participativas, ativas e problematizadoras dos métodos educativo e avaliativo, corroborando as recomendações das políticas públicas brasileiras e com a afirmação de Murimi et al.⁴ sobre a efetividade de ações fundamentadas em teorias e com objetivo definido. Enfatiza-se a inserção da valorização do ato de comer, das relações interpessoais e dos modos de vida da alimentação adequada e saudável, que tem sido empregada no âmbito brasileiro e internacional para a promoção da saúde.^{1,2}

Sob a perspectiva das representações sociais, foi expresso que a vivência nos grupos possibilitou a produção pelos participantes de novos sentidos e significados sobre o cuidado, a capacidade de mudança e a relação com a alimentação, com o comer e as escolhas alimentares. Essa produção ocorreu em cenários onde o pensar, sentir e praticar escolhas alimentares se fez existente, pela rememoração de experiências alimentares do passado, discutidas coletivamente no presente e projetadas para um futuro de bem-estar e de realização pessoal, gerando escolhas mais pensadas, responsáveis e compartilhadas.

Algumas limitações precisam ser consideradas. Os grupos e as entrevistas foram realizados pela mesma pesquisadora, o que poderia causar interferência nos achados; buscou-se, porém, a minimização desse efeito. O tempo do estudo também trouxe limitação, pois a continuidade dos grupos não foi considerada no desenho do estudo, fragilizando a compreensão do fenômeno em longo prazo.

CONCLUSÃO

Foram identificados os elementos do empoderamento, que sinalizam as ações dos indivíduos de pensar e agir criticamente sobre suas escolhas alimentares. A autonomia nas escolhas alimentares foi evidenciada pelo enfrentamento dos determinantes, pela responsabilização no cuidado e pela negociação interna, que demonstram a continuação, pós-intervenção nutricional, do ato de refletir dos indivíduos sobre suas realidades e possibilidades de mudanças alimentares. Verificou-se que a autonomia nas escolhas alimentares provoca nos indivíduos negociações, ajustes, decisões e ações, as quais reforçam os elementos do empoderamento. Os elementos identificados podem compor a avaliação das ações de EAN que buscam a promoção da autonomia, direcionar o planejamento e a implementação de grupos de EAN na APS e subsidiar o monitoramento de forma crítica e ampliada de modos de cuidado participativo, humanizado e integral, como preconizado pela promoção da saúde.

AGRADECIMENTOS

Os autores agradecem aos profissionais e estudantes do Centro de Saúde Geraldo de Paula Souza, especialmente à Samantha Andrade, como também ao Vicente Sarrubi Jr., pelo suporte com o *software* NVivo 11®.

REFERÊNCIAS

1. WHO Global Status Report on noncommunicable diseases Geneva: World Health Organization; 2014.
2. Vincha KRR, Vieira VL, Guerra LD da S, Botelho FC, Pava-Cárdenas A, Cervato-Mancuso AM. "Então não tenho como dimensionar": um retrato de grupos educativos em saúde na cidade de São Paulo, Brasil. Cad Saúde Pública. 2017;33(9):1-12. DOI: 10.1590/0102-311x00037116.
3. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica. Brasília (DF); 2014.
4. Murimi MW, Kanyi M, Mupfudze T, Amin MR, Mbogori T, Aldubayan K. Factors Influencing Efficacy of Nutrition Education Interventions: A Systematic Review. J Nutr Educ Behav. 2017;49(2):142-165. DOI: 10.1016/j.jneb.2016.09.003.

5. Byrd-Bredbenner C, Wu F, Spaccarotella K, Quick V, Martin-Biggers J, Zhang Y. Systematic review of control groups in nutrition education intervention research. *Int J Behav Nutr Phys Act.* 2017;14(1):1-26. DOI: 10.1186/s12966-017-0546-3.
6. Schembri L, Curran J, Collins L, Pelinowskaia M, Bell H, Richardson C, et al. The effect of nutrition education on nutrition-related health outcomes of Aboriginal and Torres Strait Islander people: A systematic review. *Aust N Z J Public Health.* 2016;40(Suppl 1):S42-47. DOI: 10.1111/1753-6405.12392.
7. Gasparini MFV, Bigoni A, Medeiros MAT de, Furtado, JP. Evaluation practices in the field of Food and Nutrition. *Rev Nutr.* 2017;30(3):391-407. DOI: 10.1590/1678-98652017000300011.
8. Dollahite JS, Fitch C, Carroll J. What Does Evidence-Based Mean for Nutrition Educators? Best Practices for Choosing Nutrition Education Interventions Based on the Strength of the Evidence. *J Nutr Educ Behav.* 2016;48(10):743-748. DOI: 10.1016/j.jneb.2016.06.008.
9. Li V, Carter SM, Rychetnik L. Evidence valued and used by health promotion practitioners. *Health Educ Res.* 2015;30(2):193-205. DOI: 10.1093/her/cyu071.
10. Durand MK, Heidemann ITSB. The promotion of women's autonomy during family health nursing consultations. *Rev Esc.* 2013;47(2):288-295. DOI: 10.1590/S0080-62342013000200003.
11. Entwistle VA, Carter SM, Cribb A, McCaffery K, et al. Supporting patient autonomy: The importance of clinician-patient relationships. *J Gen Intern Med.* 2010;25(7):741-745. DOI: 10.1007/s11606-010-1292-2.
12. Fleury-Teixeira P, Vaz FAC, Campos FCC de, Álvares J, Aguiar RAT, Oliveira V de A. Autonomia como categoria central no conceito de promoção de saúde. *Ciênc saúde coletiva.* 2008;13(Suppl 2):2115-2122. DOI: 10.1590/S1413-81232008000900016.
13. Hewitt-Taylor J. Issues involved in promotion patient autonomy in health care. *Br J Nurs.* 2003; 12(22):1323-1330. DOI: 10.12968/bjon.2003.12.22.11895.
14. Anderson RM, Funnell MM. Patient empowerment: Myths and misconceptions. *Patient Educ Couns.* 2010;79(3):277-282. DOI: 10.1016/j.pec.2009.07.025.
15. Bravo P, Edwards A, Barr PJ, Scholl I, Elwyn G, McAllister M. Conceptualising patient empowerment: a mixed methods study. *BMC Health Serv Res.* 2015;15(1):1-14. DOI: 10.1186/s12913-015-0907-z.
16. Brandstetter S, Rüter J, Curbach J, Loss J. A systematic review on empowerment for healthy nutrition in health promotion. *Public Health Nutr.* 2015;18(17):3146-3154. DOI: :10.1017/S1368980015000270.
17. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Alimentação e Nutrição. Brasília (DF); 2012.
18. Ministério de Desenvolvimento Social e Combate à Fome (BR), Secretaria Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional. Marco de referência de educação alimentar e nutricional para as políticas públicas. Brasília (DF): 2012.
19. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde. Brasília (DF); 2014.
20. Pichon-Rivière E. O processo grupal, 8th ed. São Paulo: Martins Fontes WMF; 2009.
21. Jodelet D. As representações sociais: um domínio em expansão. In: Jodelet D. As representações sociais. Rio de Janeiro: EdUERJ;2001.

22. Szumanski H, Almeida LR, Prandini RC. A entrevista na pesquisa em educação: a prática reflexiva. 4. ed. Brasília: Liber Livro; 2004.
23. Creswell JW, Clark VL. Designing and conducting mixed methods research. 2. ed. Thousand Oaks: SAGE; 2011.
24. Tsai C-Y, Li I-C, Lai F-C. Substantial effects of empowerment case management on physical health of type 2 diabetic patients. *J Clin Nurs*. 2018;27(7-8):1632-40. DOI: 10.1111/jocn.14206.
25. Perry EA, Thomas H, Samra HR, Edmonstone S, Davidson L, Faulkner A, et al. Identifying attributes of food literacy: a scoping review. *Public Health Nutr*. 2017;20(13):2406-2415. DOI: 10.1017/S1368980017001276.
26. Bandura A. On the Functional Properties of Perceived Self-Efficacy Revisited. *J Manage*. 2012;38(1):9-44. DOI: 10.1177/0149206311410606.
27. Lee Y-Y, Lin JL. Do patient autonomy preferences matter? Linking patient-centered care to patient-physician relationships and health outcomes. *Soc Sci Med*. 2010;71(10):1811-1818. DOI: 10.1016/j.socscimed.2010.08.008.
28. Naidoo J, Wills J. Foundations for Health Promotion. 3. ed. London: Bailliere Tindall/Elsevier; 2009.
29. Pettigrew S, Biagioni N, Moore S *et al.* (2017) Whetting disadvantaged adults' appetite for nutrition education. *Public Health Nutr*. 2017;20(14): 2629-2635. DOI: 10.1017/S1368980016002512.
30. Leng G, Adan RAH, Belot M, Brunstrom JM, De Graaf K, Dickson SL, et al. The determinants of food choice. *Proc Nutr Soc*. 2017;76(3):316-27. DOI: 10.1017/S002966511600286X.
31. Pitt E, Gallegos D, Comans T, Cameron C, Thornton L. Exploring the influence of local food environments on food behaviours: a systematic review of qualitative literature. *Public Health Nutr*. 2017;20(13):1-13. DOI: 10.1017/S1368980017001069.
32. Lindemann IL, Oliveira RR, Mendoza-Sassi RA. Dificuldades para alimentação saudável entre usuários da atenção básica em saúde e fatores associados. *Ciênc saúde coletiva*. 2016;21(2):599-610. DOI: 10.1590/1413-81232015212.04262015.
33. Aujoulat I, D'Hoore W, Deccache A. Patient empowerment in theory and practice: Polysemy or cacophony? *Patient Educ Couns*. 2007;66(1):13-20. DOI: 10.1016/j.pec.2006.09.008.
34. Brandstetter S, Curbach J, Lindacher V, Rueter J, Warrelmann B, Loss J. Empowerment for healthy nutrition in German communities: a study framework. *Health Promot Int*. 2015;32(3):500-510. DOI: 10.1093/heapro/dav092.
35. Ezezika O, Oh J, Edeagu N, Boyo W. Gamification of nutrition: A preliminary study on the impact of gamification on nutrition knowledge, attitude, and behaviour of adolescents in Nigeria. *Nutr Health*. 2018;24(3):137-44. DOI: 10.1177/0260106018782211.
36. Robinson E, Blissett J, Higgs S. Changing memory of food enjoyment to increase food liking, choice and intake. *Br J Nutr*. 2012;108:1505-1510. DOI: 10.1017/S0007114511007021.
37. Warrelmann B, Brandstetter S, Curbach J, Lindacher V, Rüter J, Loss J. Implementation of healthy nutrition by using the empowerment approach (Germany, 2011-2015). *Eur J Public Health*. 2015;25(Suppl 3):210-211.
38. Gibert SH, DeGrazia D, Danis M. Ethics of patient activation: exploring its relation to personal responsibility, autonomy and health disparities. *J Med Ethics*. 2017;43(10):670-675. DOI: 10.1136/medethics-2017-104260.
39. Sapkota S, Brien JE, Gwynn J, Flood V, Aslani P. Perceived impact of Nepalese food and food culture in diabetes. *Appetite*. 2017;113:376-386. DOI: 10.1016/j.appet.2017.03.005

Colaboradores

Vincha KRR participou da concepção e desenho do estudo, da produção, análise e interpretação dos dados e da redação do manuscrito; Santos BZB e Vieira VL contribuíram na análise e interpretação dos dados; Cervato-Mancuso AM participou da concepção e desenho do estudo, da revisão crítica e da aprovação da versão final a ser publicada.

Conflito de Interesses: As autoras declaram não haver conflito de interesses.

Recebido: 23 de março de 2020

Aceito: 01 de fevereiro de 2021