

IMPACTO DE OFICINAS CULINÁRIAS NOS CONHECIMENTOS SOBRE ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL, NA MOTIVAÇÃO PARA ESCOLHAS ALIMENTARES E NA ADIPOSIDADE CORPORAL DE FUNCIONÁRIOS DA UNICAMP

Palavras-Chave: OFICINAS CULINÁRIAS, ADIPOSIDADE CORPORAL, HABILIDADES CULINÁRIAS DOMÉSTICAS, ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL

Autores(as):

Natália Leite Lemes, [FCA - UNICAMP]

Prof^(a). Dr^(a). Ana Carolina Junqueira Vasques, [FCA - UNICAMP]

INTRODUÇÃO:

A partir do avanço da modernização e tecnologia na indústria de alimentos, a população passou a substituir dietas tradicionais por produtos alimentícios ultraprocessados preparados pela indústria, os quais são em maioria, conforme a classificação NOVA, ricos em gorduras, açúcares, aditivos alimentares, densamente energéticos e hiper palatáveis (MONTEIRO e colab., 2017; MONTEIRO e colab., 2019). Como consequência, tornou-se mais evidente o desequilíbrio entre o consumo e gasto de energia, definindo o padrão alimentar como um dos fatores multifatoriais que resultam em sobrepeso e obesidade (WHO, 2021).

O ato de cozinhar é uma estratégia que garante promoção da alimentação adequada e saudável, cujo objetivo é a valorização de alimentos nutritivos e redução do consumo de ultraprocessados, sendo uma ação central de educação alimentar e nutricional (EAN) (TEIXEIRA et al., 2022). As habilidades culinárias domésticas (HCD) são a confiança e a atitude para aplicar os conhecimentos individuais na execução das tarefas culinárias, as quais envolvem o planejamento das refeições e das compras até o preparo dos diferentes tipos de alimentos (TEIXEIRA et al., 2022). A prática culinária é uma atividade valorizada pelo Guia alimentar da População Brasileira (GAPB) por abranger expressões de aspectos culturais e sociais (BRASIL, 2014). Práticas do tipo *hands-on cooking* (mão na massa) em cozinhas pedagógicas têm sido conduzidas em diversos países, no sentido de melhorar as HCD da população e promover uma alimentação saudável dado o poder multiplicador e efetivo deste tipo de aprendizado (THE CULINARY INSTITUTE OF AMERICA, 2023).

No contexto epidemiológico atual de altas taxas de sobrepeso e obesidade, e de piora do padrão alimentar da população, é salutar avaliar conhecimentos e escolhas alimentares, ambos associados à atividades didáticas de caráter prático, como oficinas culinárias, na busca de melhorar a qualidade da alimentação e conseqüentemente melhorar a saúde e diminuir riscos à população. Diante do exposto, o objetivo deste estudo foi avaliar o impacto de Oficinas Culinárias nos conhecimentos sobre alimentação saudável, na motivação para escolhas alimentares e em indicadores antropométricos e composição corporal de funcionários da UNICAMP com sobrepeso e obesidade.

METODOLOGIA:

Trata-se de um estudo de intervenção randomizado com grupo controle (CAAE: 71026623.3.0000.5404). Foram incluídos 49 participantes e 41 finalizaram toda a pesquisa, sendo 16 do grupo controle (CG) e 25 do grupo intervenção (GI) avaliados antes (T_0) e três meses após a intervenção (T_3). Os participantes foram recrutados através de divulgação via redes sociais, e-mail institucional e fixação de cartazes no campus da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP). Os critérios de inclusão compreendiam: ser funcionário da UNICAMP campus Campinas em atividade, ter entre 20 e 65 anos, IMC > 25 kg/m². Para os critérios de exclusão definiu-se: gestantes, indivíduos em tratamento dietoterápico ou medicamentoso para perda de peso. O estudo foi realizado na Unidade de Medicina Culinária e Nutrição do Laboratório de Investigação em Metabolismo e Diabetes da UNICAMP.

Foram estruturadas três oficinas culinárias com a abordagem *hands on cooking* considerando o conjunto de experiências motivacionais em educação nutricional culinária identificadas como promotoras de mudança de comportamento (FREDERICKS et al, 2020). As oficinas aconteceram uma vez na semana, com duração de 2 horas, abordando os temas: 1. Alimentação saudável desde a escolha dos alimentos até a comensalidade; 2. Culinária saudável e acessível: planejamento de cardápio semanal; técnicas culinárias básicas e uso de temperos; 3. Grupos alimentares e impacto do excesso de sal, açúcar e gordura na saúde. Todas as oficinas realizadas possuíam supervisão de nutricionista já formado.

Foram aplicados questionários para obtenção de dados sociodemográficos, hábitos de vida (nível de atividade física, tabagismo e etilismo), doenças autorreferidas e situações de estresse que possam ter afetado o peso e as escolhas alimentares. Os conhecimentos sobre alimentação saudável segundo o GAPB foram coletados através da Escala de Avaliação do Conhecimento Nutricional (NKTS) e a motivação de saúde para escolhas alimentares através da Escala de Avaliação de Escolhas Alimentares (SOFIE) (SANTOS, 2019).

A avaliação da adiposidade corporal incluiu peso e altura para cálculo do IMC, circunferência da cintura e composição corporal por densitometria óssea (DXA) de corpo total avaliando gordura corporal total, andróide, ginóide, visceral, índice de gordura corporal e índice de massa magra corporal. Ambos os grupos realizaram a avaliação inicial descrita, mas apenas o GI participou das oficinas culinárias na

sequência. Após 3 meses das oficinas, o GI foi reavaliado. O CT foi reavaliado após 3 meses e depois desse período participou das oficinas culinárias.

As análises estatísticas foram feitas através do software IBM-SPSS versão 24. A normalidade das variáveis foi analisada pelo teste de Kolmogorov-Smirnov. O teste do Qui-quadrado foi utilizado para testar associações entre variáveis categóricas. A comparação das variáveis contínuas antes e após a intervenção foi realizada por meio do teste t-pareado ou teste de Wilcoxon, para variáveis paramétricas e não paramétricas, respectivamente. Adotou-se como significativo, valores de $p < 0,05$.

RESULTADOS E DISCUSSÃO:

As características sociodemográficas, os hábitos de vida e histórico pessoal de doenças dos 41 participantes distribuídos entre GC e GI estão descritas na Tabela 1. Houve diferença apenas na distribuição da raça autorreferida entre os grupos ($p = 0,009$), o GI apresentou maior número de horas de trabalho ($p=0,002$) e menor frequência no consumo de bebidas alcólicas ($p = 0,009$).

Segundo dados apresentados na tabela 2 observa-se que não houve diferença estatística significativa entre os T_0 e T_3 para todos os indicadores antropométricos e de composição corporal estudados tanto no GC quanto no GI. O mesmo foi observado para o gasto energético estimado com atividade física.

A tabela 3 apresenta os resultados dos questionários aplicados que avaliaram a escala de conhecimento (NKTS) e escala de motivação (SOFIE) em T_0 e T_3 . Para NKTS observou-se diferença em ambos os grupos no T_3 , o que indica melhora no nível de conhecimento nutricional dos participantes independente da realização das oficinas culinárias. Para a escala de motivação, destaca-se as perguntas 1. Sua dieta é saudável? e 3. Os alimentos que você come na sua casa são saudáveis? que indicam em uma maior porcentagem de participantes concordando em ter uma alimentação saudável e ter alimentos saudáveis em casa em ambos os grupos.

Tabela 1: Caracterização da sociodemográfica, hábitos de vida e doenças autorrelatadas, n=41.

Variáveis	Controle (n = 16)	Intervenção (n = 25)	Valor de p
Idade (anos)	43±8	47 ± 10	0,123
Gênero (F/M)	13 (81,3) / 3 (18,8)	22 (88,0) / 3 (12,0)	0,555
Etnia (%)			0,009
Branca	12 (75,0)	16 (64,0)	
Preta	0 (0)	7 (28,0)	
Parda	4 (25,0)	1 (4,0)	
Amarela/Indígena	0 (0)	1 (4,0)	
Estado civil (%)			0,090
Solteiro	5 (31,3)	8 (33,3)	
Casado	9 (56,3)	13 (54,2)	
Divorciado/Viúvo	2 (12,5)	3 (12,5)	
Escolaridade (%)			0,866
Ensino médio	3 (12,0)	2 (12,5)	
Graduação	13 (52,0)	7 (43,8)	
Pós-graduação	9 (36,0)	7 (43,8)	
Horas trabalho/dia (%)			0,002
6 horas	10 (62,5)	3 (12,0)	
8 horas	6 (37,5)	21 (84,0)	
12 horas	0 (0)	1 (4,0)	
Renda mensal* (%)			0,576
Entre 1 a 3 SM	3 (18,8)	2 (8,0)	
Entre 4 a 6 SM	7 (43,8)	11 (44,0)	
Mais que 6 SM	6 (37,5)	11 (44,0)	
Não sei/não quero informar	0 (0)	1 (4,0)	
Tabagismo (%)			0,327
Fumante	1 (6,3)	0 (0)	
Não fumante	14 (87,5)	21 (88,0)	
Ex-fumante	1 (6,3)	3 (12,0)	
Etílico** (%)			0,009
Não consome ou	4 (25,0)	19 (76,0)	
1 a 4 doses por mês	8 (50,0)	4 (16,0)	
5 a 7 doses por mês	1 (6,3)	0 (0)	
Mais que 7 doses por mês	3 (18,8)	2 (8,0)	
Hipertensão (%)	8 (50,0)	6 (24,0)	0,088
Diabetes (%)	3 (18,8)	4 (16,0)	0,820
Dislipidemia (%)	2 (12,5)	2 (8,0)	0,639

Legenda: Teste Qui-Quadrado Razão de Verossimilhança. *Salário-mínimo (SM) - R\$1.212,00,

**1 dose = 30ml

Tabela 2: Tabela de comparação dos dados antropométricos e de adiposidade corporal (DXA), n=41.

Variáveis	Controle, n =16 (39,02%)		Valor de p	Intervenção, n = 25 (60,98%)		Valor de p
	T ₀	T ₃		T ₀	T ₃	
Peso (Kg)	84,98±11,92	85,21±12,46	0,383	91,88±17,61	92,30±16,45	0,574
IMC (kg/m ²)	32,09±3,57	32,17±3,73	0,294	34,55±6,40	34,75±6,01	0,618
Circunferência da cintura (cm)	101,3±8,4	100,1±9,9	0,371	105,4±11,5	106,2±10,5	0,229
Gordura corporal (%)	41,6±5,5	42,1±5,0	0,172	44,1±5,5	44,6±5,7	0,104
Gordura Androide (%)	48,0±6,6	47,6±6,3	0,415	50,5±6,1	51,0±6,8	0,448
Gordura Ginoide (%)	46,6±7,7	46,1±7,1	0,518	48,8±6,7	49,0±6,8	0,126
Gordura visceral (gramas)	1,156 (1,008-1,392)	1,103 (0,991-1,306)	0,865	1,354 (0,985-1,838)	1,294 ((0,973-1,701)	0,914
Índice gordura corporal (%)	13,96 (10,98-15,69)	14,10 (10,76-15,10)	0,125	14,49 (12,56-16,65)	15,56 (13,13-18,11)	0,158
Índice massa magra (%)	17,61±2,11	17,73±2,27	0,375	17,73±2,14	18,62±4,93	0,274
METS*	2050 (1106-2513)	862 (347-2164)	0,056	1166 (368-3474)	1398 (50-2160)	0,131

Legenda: Teste T pareado e Teste de Wilcoxon para variáveis não paramétricas Gordura Visceral, Gordura Corporal e METS. *METS (Intensidade atividade física/minutos)

Tabela 3: Tabela de comparação da Escala de Conhecimento (NKTS) e Escala de Motivação (SOFIE) para escolhas alimentares, n=41.

Variáveis	Controle, n =16 (39,02%)		Valor de p	Intervenção, n = 25 (60,98%)		Valor de p
	T ₀	T ₃		T ₀	T ₃	
NKTS acertos	9 (9-10)	10 (9-11)	0,013	10 (8-10)	10 (9-11)	0,033
SOFIE						
1. Sua dieta é saudável? (%)			0,357			0,073
Não concordo	8 (50,0)	5 (31,3)		13 (52,0)	5 (20,0)	
Indiferente	3 (18,8)	2 (12,5)		4 (16,0)	5 (20,0)	
Concordo	5 (31,3)	9 (56,3)		8 (32,0)	15 (60,0)	
3. Os alimentos que você come em casa são saudáveis? (%)			0,880			0,523
Não concordo	3 (18,8)	1 (6,3)		4 (16,0)	3 (12,0)	
Indiferente	6 (37,5)	6 (37,5)		7 (28,0)	6 (24,0)	
Concordo	7 (43,8)	9 (56,3)		14 (56,0)	16 (64,0)	

Legenda: Teste de Wilcoxon para NKTS e Teste Qui-Quadrado Razão de Verossimilhança para SOFIE.

POLAK et al (2023) avaliou a percepção de participantes de um programa de culinária caseira nos estágios de mudança “ação” e “contemplação”, detalhando que além do conhecimento adquirido, é necessário que o indivíduo possua confiança em si mesmo para colocar em prática a teoria ensinada, acredite na sua capacidade de mudar o estilo de vida e melhorar a qualidade de vida, ou seja, esteja disposto a uma mudança comportamental relacionada aos hábitos alimentares.

Os questionários utilizados não possuem validação para a população brasileira, o que impossibilita sua avaliação por scores. Apesar dessa limitação, estudos de EAN com prática de oficinas culinárias podem ser eficazes na melhora das habilidades culinárias dos participantes, evoluindo a capacidade de planejar preparações, criar receitas, lidar com diferentes formas de preparo, realizar outras atividades domésticas e se sentir confiantes ao cozinhar, e saber escolher alimentos ao realizar compras (MATIAS; RODRIGUEZ-JORDAN; MCCOIN, 2021; REICKS; KOCHER; REEDER, 2018).

CONCLUSÕES:

De acordo com os resultados encontrados, a reavaliação T₃ após oficinas culinárias não identificou alteração nos indicadores de adiposidade corporal em ambos os grupos, mas observou melhora nos conhecimentos sobre alimentação saudável e na motivação para escolhas alimentares.

Este projeto pretende reavaliar os participantes novamente após 6 meses (T₆) do oferecimento das oficinas culinárias para GI e reavaliar novamente GT em T3 (3 meses após oficinas culinárias).

BIBLIOGRAFIA

Bergquist, S.H.; Wang, D.; Fall, R.; Bonnet, J.P.; Morgan, K.R.; Munroe, D.; Moore, M.A. **Effect of the Emory Healthy Kitchen Collaborative on Employee Health Habits and Body Weight: A 12-Month Workplace Wellness Trial.** *Nutrients* 2024, 16, 517. <https://doi.org/10.3390/nu16040517>

FREDERICKS, L. et al. **Experiential Features of Culinary Nutrition Education That Drive Behavior Change: Frameworks for Research and Practice.** *Health Promotion Practice*, v. 21, n. 3, p. 331–335, 3 fev. 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.1177/1524839919896787>>.

Healthy Kitchens, Healthy Lives. **The Culinary Institute of America, 2023.** Disponível em: < <https://www.healthykitchens.org/>>

Guia alimentar para a população Brasileira. [s.l.: s.n.]. Disponível em: <https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/guia_alimentar_populacao_brasileira_2ed.pdf>.

MONTEIRO, C. A. et al. **The UN Decade of Nutrition, the NOVA food classification and the trouble with ultra-processing.** *Public Health Nutrition*, v. 21, n. 1, p. 5–17, 21 mar. 2017. Disponível em: < <https://doi.org/10.1017/S1368980017000234>>

MATIAS, S. L.; RODRIGUEZ-JORDAN, J.; MCCOIN, M. **Evaluation of a College-Level Nutrition Course With a Teaching Kitchen Lab.** *Journal of Nutrition Education and Behavior*, v. 53, n. 9, p. 787–792, set. 2021.

MONTEIRO, C. A. **Ultra-processed foods: what they are and how to identify them.** *Public health nutrition*, v. 22, n. 5, p. 936–941, 2019. Disponível em: <<https://doi.org/10.1017/S1368980018003762>>

Polak, R.; Finkelstein, A.; Budd, M.A.; Gray, B.E.; Robinson, H.; Silver, J.K.; Faries, M.D.; Tirosh, A. **Expectations from a Home Cooking Program: Qualitative Analyses of Perceptions from Participants in “Action” and “Contemplation” Stages of Change, before Entering a Bi-Center Randomized Controlled Trial.** *Nutrients* 2023, 15, 2082. <https://doi.org/10.3390/nu15092082>

REICKS, M.; KOCHER, M.; REEDER, J. **Impact of Cooking and Home Food Preparation Interventions Among Adults: A Systematic Review (2011–2016).** *Journal of Nutrition Education and Behavior*, v. 50, n. 2, p. 148-172.e1, fev. 2018.

SANTOS, TSS. **NKTS, SOFIE e ESQUADA: escalas para avaliar o conhecimento nutricional, as motivações para escolhas alimentares e a qualidade da dieta com aplicação da Teoria de Resposta ao Item.** TESE DE DOUTORADO - FSP, USP, 2019.

TEIXEIRA, A. R., Camanho, J. S. P., Miguel, F. da S., Mega, H. C., & Slater, B. (2022). **Instrumento para mensurar habilidades culinárias domésticas na atenção primária à saúde.** *Revista de Saúde Pública*, 56, 78. Disponível em: <<https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2022056003473>>

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Obesity and overweight.** Disponível em: <<https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>>.