UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE
NÚCLEO DE ESTUDOS EM SAÚDE COLETIVA – NESC
REDE NORDESTE DE FORMAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA NO NORDESTE
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA - MPSF

Rosana Maria Ferreira de Moura Lima

Promoção da alimentação saudável na Atenção Primária à Saúde: contribuição para construção coletiva do saber-fazer

Natal/RN

2014

Rosana Maria Ferreira de Moura Lima

Promoção da alimentação saudável na Atenção Primária à Saúde: contribuição para construção coletiva do saber-fazer

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado Profissional em Saúde da Família - Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família – RENASF, Universidade Federal do Rio Grande do Norte-UFRN, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Saúde da Família.

Orientadora: Profª. Dra. Elizabethe Cristina Fagundes de Souza

Natal/RN

2014

Catalogação da Publicação na Fonte
Universidade Federal do Rio Grande do Norte - UFRN

Lima, Rosana Maria Ferreira de Moura.
Promoção da alimentação saudável na atenção primária à saúde: contribuição para construção coletiva do saber-fazer / Rosana Maria Ferreira de Moura Lima. - Natal, 2015.
164f: il.

Orientadora: Prof.ª Dr.ª Elizabethe Cristina Fagundes de Souza.
Dissertação (Mestrado) - Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família no Nordeste. Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva - NESC. Universidade Federal do Rio Grande do Norte.

1. Educação alimentar - Dissertação. 2. Nutrição - Dissertação. 3. Promoção da Saúde - Dissertação. I. Souza, Elizabethe Cristina Fagundes de. II. Título.

RN/UF/BSA01 CDU 614.39

Rosana Maria Ferreira de Moura Lima

PROMOÇÃO DA ALIMENTAÇÃO SAUDAVEL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA A SAUDE: CONTRIBUIÇÃO PARA CONSTRUÇÃO COLETIVA DO SABER-FAZER

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família no Nordeste da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, como requisito parcial para a obtenção de título de Mestre em Saúde da Família.

BANCA EXAMINADORA

Profª.Dra. Elizabethe Cristina Fagundes de Souza - UFRN

(Orientadora)

Profª. Dra. Ana Karenina de Melo Arraes Amorim – UFRN

(Membro Interno)

Profº. Dr. João Bosco Filho – UERN

(Membro Externo à Instituição)

Natal, 15 de setembro de 2014.

DEDICATÓRIA

À memória do meu pai, Edilson, e da minha mãe, Judilita, meus grandes incentivadores na busca pelo conhecimento, e meus eternos educadores, que me ensinaram através das suas atitudes, a valorizar as pessoas, a natureza, a comida e o “comer junto”.

À memória de minha querida irmã, Rosália (Zainha), minha grande mestra, pelas suas lições de vida.

Recordações... Lembranças... Amor que fica!

A Gil, companheiro com quem compartilho os momentos de tristezas, de alegrias, de inquietações, de sonhos, de realizações e de prazer. Amor que se renov

Ao meu filho João Víctor e a minha filha Marina, com os quais partilho aprendizados, crescimento, amor e esperança. Vida que segue, pulsando!

A todas as pessoas que vivenciam o Sistema Único de Saúde-SUS no cotidiano, e experimentam das “dores e delícias” do desafio de produzir saúde, na perspectiva da valorização da vida.

AGRADECIMENTOS

Neste momento de expressar minha gratidão a todos e todas que contribuíram ao longo desta caminhada para a concretização deste estudo, lembro-me dos versos de Gonzaguinha que disse “toda pessoa sempre é as marcas das lições diárias de outras tantas pessoas”. Deste modo, carrego comigo as marcas de muitos encontros vivenciados neste trajeto, e quero expressar os meus mais sinceros agradecimentos, a pessoas que se implicaram neste caminhar, de alguma forma, colaborando cada uma, à sua maneira:

À minha orientadora, Profª Drª Elizabethe Cristina Fagundes de Souza, a querida Betinha, pelo apoio, incentivo e pelas valiosas contribuições. Com seu jeito singular de orientar, me proporcionou autonomia e liberdade para criar, fazer e refazer, possibilitando muitas ressignificações e aprendizados, além de transmitir tranquilidade, essencial para equilibrar os momentos de estresse,

A todos (as) os (as) docentes do Mestrado pelos aprendizados construídos no decorrer dos Módulos, e em particular, a Profª Drª Ana Karenina Arraes pelas valiosas contribuições e sugestões nas Bancas de Qualificaçao e de Defesa desta dissertação.

Ao Professor Dr João Bosco Filho, da Universidade Estadual do Rio Grande do Norte – UERN, pelas sábias sugestões e contribuições na Banca de Defesa.

À Coordenação e Secretárias do Mestrado pelo empenho no desenvolvimento destas funções e pela afetividade e convivência respeitosa.

Aos (as) colegas de turma do Mestrado pelos momentos de alegria e pelo compartilhamento de experiências e aprendizados.

A Professora Drª Vera Lúcia Xavier Pinto, pelas valiosas observações e sugestões na Banca de Qualificação e pelo compartilhamento dos aprendizados, em especial, nas atividades de culminância do Grupo “Aprender a Viver”, frutos de sua incessante busca por uma formação e práticas reflexivas, dialógicas e transformadoras, mesmo diante das contradições e amarras burocráticas ainda existentes no sistema de ensino brasileiro.

Aos profissionais que participaram da pesquisa pela disponibilidade em contribuir com esse estudo, expressando suas percepções, seus sentimentos e práticas, possibilitando reflexões e trocas de saberes.

Aos usuários do Sistema Único de Saúde-SUS, em especial da Unidade de Saúde de Família onde desenvolvemos este estudo, pela troca de experiências e saberes.

Aos colegas do Serviço de Atenção Domiciliar-SAD e do Setor de Nutrição do Hospital Giselda Trigueiro pelo incentivo, e em especial, as nutricionistas Lídice Lima e Virgínia Limeira, por me substituírem durante o meu afastamento.

As professoras Inês Magnata e Maria do Socorro Escoda, que contribuíram para o meu despertar quanto à determinação social dos problemas alimentares e

nutricionais, e para o meu desejo de buscar uma prática transformadora da realidade, ainda durante a Graduação em Nutrição.

Ao nutricionista e Professor Temporário do Departamento de Nutrição da UFRN, Diôgo Vale, pelo apoio e colaboração em algumas etapas deste estudo, bem como, aos estudantes de Nutrição e Psicologia que participaram em alguns momentos, durante as atividades de estágio.

A Cipriano e Linete, pelo empréstimo de materiais bibliográficos que muito contribuíram para o aporte teórico deste estudo.

À Profª Drª Célia Márcia Medeiros de Morais pelo apoio e colaboração, em especial no momento “em torno da mesa”, após a Sessão de Defesa deste estudo.

À Secretaria Municipal de Saúde de Natal pela anuência para realização desta pesquisa.

Ao SINDSAÚDE-Sindicato dos Trabalhadores da Saúde do Estado do Rio Grande do Norte, que por meio de sua Assessoria Jurídica conseguiu garantir através de ação judicial, junto ao Tribunal de Justiça do Estado do Rio Grande do Norte, o meu afastamento para estudo, durante três meses, para realização do trabalho de campo e elaboração desta dissertação.

Aos meus familiares, e em especial ao meu irmão Roberto e as minhas irmãs Rosalile e Rosângela, pelas orações, pelo apoio e incentivo constantes, e pelo aprendizado do valor da união nos momentos de perdas e conquistas.

A Gilberto, João Víctor e Marina, por entenderem minhas ausências nesse período e pela oportunidade de construir experiências, dividir divergências e compartilhar aprendizados no conviver a quatro.

A todas as pessoas que contribuíram de alguma forma para realização desta pesquisa.

À Deus, minha fonte de fé e alimento espiritual!

> Está no vôo livre de um passarinho, está numa taça de vinho, está na brisa, no vapor. Está na chuva que cai sobre a terra, no verde que cobriu as serras, no bem-te-vi, no beija-flor [...] Está na luz que vem do além, está nos olhos da criança [...] Está no frio do inverno, no calor do verão, no abraço do amigo, no aperto de mão, na semente que brota no calor do chão [...] Está na minha fé, na minha companhia!

[...] Gente...
Espelho da vida
Doce mistério.
Gente é prá brilhar,
Gente é prá ser feliz
Não prá morrer de fome [...]
(Música Gente – Caetano Veloso)

[...] Você tem fome de quê?
A gente não quer só comida,
A gente quer comida, diversão e arte.
A gente não quer só comida,
A gente quer saída para qualquer parte.
A gente não quer só comer,
A gente quer comer e quer fazer amor.
A gente não quer só comer,
A gente quer prazer pra aliviar a dor.
A gente não quer só dinheiro,
A gente quer dinheiro e felicidade.
A gente não quer só dinheiro,
A gente quer inteiro, e não pela metade.
[..] Desejo, necessidade, vontade,
Necessidade...
(Música Comida-Titãs).

RESUMO

O reconhecimento da alimentação como determinante e condicionante do processo saúde-doença exige novas explicações e intervenções da ação política em alimentação e nutrição e demanda modelo de atenção à saúde pautado na integralidade das ações e centrado na promoção da saúde. Este estudo, caracterizado como pesquisa-ação de caráter intervencionista, buscou desenvolver estratégias para apoiar a inserção transversal das ações de promoção da alimentação saudável nas práticas de profissionais de um Núcleo de Apoio à Saúde da Família e uma Unidade da Estratégia Saúde da Família no município de Natal, capital do Rio Grande do Norte, a partir da análise das percepções e processos de trabalho dessas equipes. Foram adotadas várias estratégias metodológicas: Círculo Hermenêutico Dialético, Observação Direta, Encontros Temáticos Reflexivos e Oficina "Repensando as práticas educativas para promoção da alimentação saudável". Para registro de dados, foram utilizados os Diários de Pesquisa-DP e de Momentos-DM. A análise ocorreu de forma processual, em conjunto com os participantes da pesquisa, em constante movimento de reflexão-ação-reflexão, com base na hermenêutica-dialética. Quanto aos resultados, em relação à promoção da saúde, evidenciaram-se as seguintes percepções: promoção da saúde associada à prevenção de doenças e agravos; promoção da saúde relacionada à qualidade de vida e ao bem estar, em suas várias dimensões; promoção da saúde enquanto responsabilidade do Estado; promoção da saúde relacionada às ações de educação em saúde; promoção da saúde como expressão da resolutividade e acessibilidade aos serviços de saúde. Quanto à alimentação saudável, predominaram as percepções referentes aos aspectos nutricionais. No que se refere à educação alimentar e nutricional-EAN, observou-se predominância da percepção de EAN como informação, orientação e transmissão de conhecimentos para mudanças de práticas alimentares. No que diz respeito ao processo de trabalho, observou-se que entre as ações para promoção da saúde, predominam as atividades educativas, como palestras, rodas de conversas, que na maioria das vezes, ocorrem de forma fragmentada, sem planejamento conjunto entre as equipes, variando de acordo com os profissionais e o momento de trabalho em que são realizadas. Os resultados apontaram para a necessidade de reorganização dos processos de trabalho, na perspectiva da articulação intra e intersetorial e da construção de novas tecnologias, tais como: Projeto de Saúde do Território – PST, Projeto Terapêutico Singular-PTS, Clínica Ampliada e Compartilhada, práticas educativas com metodologias ativas de ensino-aprendizagem. A partir dos resultados consideramos que se faz necessário a "reforma do pensamento", por meio de mudanças na formação profissional e do fortalecimento dos espaços de educação permanente, considerando a complexidade que envolve a alimentação, a educação alimentar e nutricional e a promoção da saúde. A reforma do pensamento deve estar articulada e imbricada à produção de saberes e práticas que favoreçam a intersetorialidade, a transversalidade, o diálogo e a postura democrática e solidária, com base na construção coletiva do saber-fazer. Esperamos que esse estudo possa contribuir com reflexões e iniciativas que estimulem a construção de práticas que promovam a alimentação saudável na Atenção Primária à Saúde, na perspectiva da integralidade do cuidado e da realização da Segurança Alimentar e Nutricional.

Palavras - Chave: Promoção da Saúde. Educação Alimentar e Nutricional. Clínica Ampliada. Pesquisa participativa. Integralidade.

ABSTRACT

The recognition of the food as determinant and health-disease process etching requires new explanations and interventions of the food and nutrition policy action and demand health care model based on the completeness of the actions and focused on health promotion. This study, characterized as research-action of interventionist character, sought to develop strategies to support the transverse insertion of healthy eating promotion in professionals practices a core of support for the health of the family and a family health strategy Unit in the city of Natal, capital of Rio Grande do Norte, from the analysis of perceptions and work processes of these teams. Several methodological strategies were adopted: Dialectical Hermeneutical Circle, direct observation, reflective and Thematic Meetings Workshop "Rethinking the educational practices for promoting healthy eating". For data logging, search diaries - SD were used and moments. The analysis of procedural form occurred in conjunction with research participants, in constant movement of reflection-action-reflection, based on hermeneutics-dialectic. About the results, in relation to the promotion of health, showed the following insights: health promotion and disease prevention-related harms; health promotion related to quality of life and well-being, in its various dimensions; health promotion as a responsibility of the State; health promotion related to the actions of health education; health promotion as an expression of efficaciousness and accessibility to health services. Regarding healthy nutrition, predominated the perceptions relating to nutritional aspects. With regard to food and nutritional education - FNE, it was observed a predominance of perception of FNE as information, guidance and knowledge transfer for changes of dietary practices. As regards the working process, it was observed that among the actions for health promotion, educational activities predominate, such as lectures, conversations, groups that mostly occur in fragmentary form, without joint planning teams, varying according to the professionals and the moment of work in which they are carried out. The results pointed to the need for reorganization of the work processes, in the context of intra-and intersectoral coordination and the construction of new technologies, such as: Health project of the territory – HPT, Unique Therapeutic Project- UPT, Expanded Clinic and educational practices, Shared with active teaching and learning methodologies. From the results we believe that it is necessary to "thought reform", from changes in vocational training and strengthening of the permanent education spaces, whereas the complexity that involves feeding, food and nutrition education and health promotion. The reformation of thought must be articulate and closely tied to the production of knowledge and practices that encourage intersectoral approach, the transversality, dialogue and democratic and supportive attitude, based on the collective construction of know-how. We hope that this study can contribute with reflections and initiatives that encourage building practices that promote healthy eating in primary health care, in terms of completeness of the care and the attainment of food security and nutrition.

Keywords: health promotion. Food and nutritional education. Expanded clinic. Participatory research. Completeness.

LISTA DE SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
CEP	Comitê de Ética e Pesquisa
CRAS	Centro de Referência em Assistência Social
CGAN	Coordenação Geral de Alimentação e Nutrição
CHD	Círculo Hermenêutico Dialético
CONSEA	Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional
DCNT	Doenças Crônicas Não-Transmissíveis
DHAA	Direito Humano à Alimentação Adequada
EAN	Educação Alimentar e Nutricional
ESF	Estratégia Saúde da Família
GM	Gabinete Ministerial
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IMC	Índice de Massa Corpórea
LOSAN	Lei Orgânica de Segurança Alimentar e Nutricional
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
OPSAN	Observatório de Políticas de Segurança Alimentar e Nutrição
PAS	Promoção da Alimentação Saudável
PIDESC	Pacto Internacional de Direitos Humanos, Econômicos, Sociais e Culturais.
PMAQ	Programa de Melhoria de Acesso e Qualidade da Atenção Básica
PNAN	Política Nacional de Alimentação e Nutrição
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNAD	Pesquisa Nacional de Amostra por Domicílios
PPA	Plano Plurianual
PNPS	Política Nacional de Promoção da Saúde
RAS	Redes de Atenção à Saúde
RN	Rio Grande do Norte
SAN	Segurança Alimentar e Nutricional
SEMURB	Secretaria Municipal de Urbanismo
SEPLAN	Secretaria Municipal de Planejamento
SINDAG	Sindicato Nacional da Indústria de Produtos para Defesa Agrícola
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SP	São Paulo
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UE	União Europeia
UFRN	Universidade Federal do Rio Grande do Norte
UnB	Universidade de Brasília
USF	Unidade de Saúde da Família
WHO	World Health Organization

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Dados sócio-demográficos da área de abrangência da USF Afya.

Quadro 2 – População da área de abrangência das equipes da Estratégia Saúde da Família da USF Afya, por equipe.

Quadro 3 – Perfil de grupos patológicos, doenças/agravos mais frequentes identificados no atendimento ambulatorial da USF Afya, jan a abril, 2014.

Quadro 4 - Percepções sobre Promoção da Saúde.

Quadro 5 - Percepções sobre alimentação saudável.

Quadro 6 - Percepções sobre educação alimentar e nutricional.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Fluxograma do atendimento na USF da Afya

Figura 2 – Vivência – “Escolhas alimentares”

Figura 3 – Vivência – “Percepção dos alimentos”

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO **13**

1 PERCURSO METODOLÓGICO **26**

1.1 DEFININDO O TIPO DE ESTUDO **26**

1.2 O LUGAR DA PESQUISA **29**

1.3. O FAZER DA PESQUISA: TRAÇANDO E TRILHANDO OS CAMINHOS NO CAMINHAR **33**

1.3.1 O Círculo Hermenêutico-Dialético (CHD) **37**

1.3.2 Encontros Temáticos Reflexivos: um caminho para compartilhar a experiência de pensar o saber-fazer **40**

1.3.3 Oficina "Repensando as Práticas Educativas para Promoção da Alimentação Saudável": compondo estratégias para a continuidade do trabalho na USF **43**

1.4 ASPECTOS ÉTICOS **44**

2 DIALOGANDO SOBRE A PROMOÇÃO DA ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL E DA SAÚDE NO CONTEXTO DA SEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL **46**

2.1 PROMOÇÃO DA ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL: CONCEITOS E DIMENSÕES **46**

2.2 O SUS E A PROMOÇÃO DA ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL: CONEXÕES E CONTRADIÇÕES **49**

3 PROMOÇÃO DA SAÚDE, ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL E EDUCAÇÃO ALIMENTAR E NUTRICIONAL: PERCEPÇÕES DOS PROFISSIONAIS. **55**

4 PROCESSO DE TRABALHO NA USF AFYA E A PROMOÇÃO DA ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL: REFLETINDO SOBRE AS POSSIBILIDADES E POTENCIALIDADES **78**

4.1 OFICINA "REPENSANDO AS PRÁTICAS EDUCATIVAS PARA A PROMOÇÃO DA ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL": EXPERIMENTANDO COMPOR ESTRATÉGIAS DE CONTINUIDADE DO CAMINHO **91**

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS OU CAMINHOS TRANVERSAIS E INACABADOS **100**

REFERÊNCIAS **103**

BIBLIOGRAFIA COMPLEMENTAR **112**

APÊNDICES **114**

ANEXOS **126**

INTRODUÇÃO

> A ciência é, e continua a ser, uma aventura. A verdade da ciência não está unicamente na capitalização das verdades adquiridas, na verificação das teorias conhecidas, mas no caráter aberto da aventura que permite, melhor dizendo, que hoje exige a contestação das suas próprias estruturas de pensamento (MORIN, 2007, p. 26).

Nas últimas décadas, o Brasil vem passando por transformações sociais, econômicas, políticas e na composição da população que tem influenciado os processos de transição demográfica, epidemiológica e nutricional, repercutindo em vários aspectos da vida das pessoas, entre os quais o processo saúde-doença-cuidado.

O atual cenário epidemiológico brasileiro é singular e complexo e tem sido definido como tripla carga de doenças, uma vez que envolve a concomitância de doenças infecciosas, parasitárias, maternas, perinatais e nutricionais, o desafio das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) e seus fatores de risco, como o tabagismo, o excesso de peso, a inatividade física, a alimentação inadequada, o estresse, e o forte crescimento dos agravos provenientes das causas externas, como a violência e os acidentes de trânsito (MENDES, 2010).

Do ponto de vista demográfico, observa-se um processo rápido de envelhecimento, o que significa, prospectivamente, um crescente incremento das condições crônicas, conforme demonstrou a Pesquisa Nacional de Amostra por Domicílios-PNAD 2008, segundo a qual, 79,1% dos brasileiros de 65 ou mais anos relataram serem portadores de alguma doença crônica; 31,3% da população geral, 60 milhões de pessoas, tinham alguma doença crônica; e 5,9% dessa população total apresentavam três ou mais doenças crônicas (OPAS, 2011).

A transição alimentar e nutricional[1], em curso no país, configura-se na chamada dupla carga da má nutrição, onde se pode evidenciar, simultaneamente, a ocorrência de desnutrição e das doenças decorrentes de carências nutricionais, e

[1] A transição alimentar e nutricional refere-se às alterações nos padrões dietéticos e nutricionais da população brasileira de todos os estratos sociais e faixas etárias, caracterizando-se pela redução nas prevalências dos déficits nutricionais e aumento expressivo de sobrepeso e obesidade (BATISTA FILHO & RISSIN, 2003).

excesso de peso/obesidade[2] e as doenças crônicas não transmissíveis, em um mesmo contexto histórico, em um mesmo espaço geográfico e em uma mesma população (ESCODA, 2008; BRASIL,2012).

Embora com tendência declinante nos últimos anos, a desnutrição infantil, e as carências nutricionais por micronutrientes, como anemia ferropriva e hipovitaminose A, ainda possuem altas prevalências em algumas regiões e grupos populacionais. Por outro lado, o excesso de peso e a obesidade vêm aumentando expressivamente, em todas as classes de renda e faixas etárias, refletindo as desigualdades de renda, raça e entre regiões geográficas que ainda persistem no país (BRASIL, 2010).

A crescente urbanização, as modificações ocorridas nas formas de se produzir, comercializar, industrializar e preparar os alimentos, aliadas a outros aspectos da vida moderna, como o sedentarismo e o estresse têm favorecido mudanças nas formas como nos alimentamos, expressando-se no aumento das refeições fora de casa e na utilização de produtos prontos para consumo que, em geral, apresentam alto conteúdo calórico e altos teores de sódio, gorduras saturadas e açúcares (BRASIL, 2011; BRASIL, 2012).

Essas mudanças nas práticas alimentares associadas à inatividade física explicam, em parte, as crescentes prevalências das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) que segundo o Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil, lideram o grupo das causas de morte da população adulta brasileira, correspondendo a 72% (BRASIL, 2011a; BRASIL, 2011b).

Nesse sentido, a alimentação e a nutrição constituem-se em requisitos básicos para a promoção e a proteção da saúde, considerando que permitem alcançar o potencial de crescimento e de desenvolvimento humano, com qualidade de vida e

[2] O excesso de peso ou sobrepeso é a condição expressa pela inadequação do peso pelo excesso, classificada, de acordo com a Organização Mundial de Saúde- OMS, pelo Índice de Massa Corporal-IMC entre 25,0-29,9 kg/m^2, em adultos, constituindo-se em fator de risco para doenças crônicas. A obesidade é definida como o grau de armazenamento de gordura no organismo associado a riscos para a saúde, devido à sua relação com várias complicações metabólicas, expressa pelo IMC maior ou igual a 30,0 kg/m^2, em adultos, segundo classificação da OMS.

cidadania, contribuindo também, para o enfrentamento da atual situação epidemiológica do país (JAIME et al,2011; BRASIL,2012).

A Organização Mundial de Saúde – OMS afirma que é fundamental reconhecer o papel da alimentação e nutrição, enquanto um dos principais determinantes modificáveis das doenças crônicas não transmissíveis, além de sua importância na proteção, promoção e manutenção da saúde em todos os ciclos da vida (WHO, 2003).

O reconhecimento da alimentação enquanto determinante e condicionante do processo saúde-doença exige novas explicações e intervenções da ação política em alimentação e nutrição, demandando um modelo de atenção à saúde pautado na integralidade das ações e centrado na promoção da saúde (COUTINHO et al,2008).

O Ministério da Saúde do Brasil considera a Atenção Primária à Saúde como espaço prioritário para a reorganização das ações de saúde, incluindo as de alimentação e nutrição, a partir da construção de novos arranjos dos serviços de saúde (BRASIL, 2010)**.**

Neste contexto, diante da complexidade que envolve a situação alimentar e nutricional da população brasileira, várias políticas públicas vêm sendo desenvolvidas na perspectiva de conjugar ações para a garantia do direito humano à saúde e à alimentação adequada, entre as quais se destacam: a Política Nacional de Alimentação e Nutrição - PNAN, a Política Nacional de Promoção da Saúde-PNPS e a Política Nacional de Atenção Básica-PNAB (BRASIL, 2012).

A Política Nacional de Alimentação e Nutrição-PNAN foi instituída em 1999 e, reformulada em 2011, através da Portaria nº 2.715, de 17/11/2011, tendo como propósito:

> A melhoria das condições de alimentação, nutrição e saúde da população brasileira, mediante a promoção de práticas alimentares adequadas e saudáveis, a vigilância alimentar e nutricional, a prevenção e o cuidado integral dos agravos relacionados à alimentação e nutrição (BRASIL, 2012, p.21).

A Política Nacional de Promoção à Saúde-PNPS, instituída pelo Ministério da Saúde em março de 2006, com o objetivo de promover a qualidade de vida e reduzir vulnerabilidades e riscos à saúde relacionados aos seus determinantes e

condicionantes, reforçou as recomendações da Estratégia Global para a Promoção da Alimentação Saudável, Atividade Física e Saúde, proposta aprovada pela Organização Mundial de Saúde e a Organização Pan-Americana de Saúde,em maio de 2004,apresentando como meta geral a promoção e proteção à saúde mediante ações sustentáveis em nível comunitário, nacional e mundial, com apoio a modos de vida saudáveis e com a participação dos profissionais de saúde e de outros setores pertinentes (BRASIL, 2006a; BRASIL, 2010a).

A Política Nacional de Atenção Básica-PNAB, aprovada em 2006, através da Portaria nº 648 e revisada em 2011, com a publicação da Portaria nº 2.488, reforça a importância da reestruturação do SUS, segundo modelo organizativo de Redes de Atenção à Saúde-RAS, tendo a Atenção Básica[3] como espaço privilegiado para a ordenação do cuidado e como centro de comunicação entre os demais pontos da RAS, considerando sua proximidade ao cotidiano de vida das pessoas ((BRASIL, 2012a, BRASIL, 2014).

A referida Política explicita a necessidade de mudanças nas práticas de saúde e afirma que:

> O redirecionamento do modelo de atenção impõe claramente a necessidade de transformação permanente do funcionamento dos serviços e do processo de trabalho das equipes, exigindo de seus atores (trabalhadores, gestores e usuários) maior capacidade de análise, intervenção e autonomia para o estabelecimento de práticas transformadoras, a gestão das mudanças e o estreitamento dos elos entre concepção e execução do trabalho (BRASIL, 2012a, p.38).

Neste sentido, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS, a promoção da alimentação saudável integra o escopo das ações para promoção da saúde a serem desenvolvidas na Atenção Básica pelas equipes da Estratégia Saúde da Família-ESF e Núcleos de Apoio à Saúde da Família-NASF.

[3] Nesse estudo, os termos "Atenção Primária à Saúde" e "Atenção Básica" são utilizados como termos equivalentes, definidos segundo a PNAB como: "Um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde, com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades" (BRASIL, 2012a, p.19).

A Portaria GM nº 154, de 24 de janeiro de 2008, referente à criação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família-NASF propõe, em relação às ações de alimentação e nutrição:

> O desenvolvimento de ações de promoção de práticas alimentares saudáveis em todas as fases do ciclo da vida e respostas às principais demandas assistenciais quanto aos distúrbios alimentares, deficiências nutricionais e desnutrição, bem como, aos planos terapêuticos, especialmente nas doenças e agravos não transmissíveis (VASCONCELOS, 2011, p.429).

Destaca ainda que:

> O diagnóstico populacional da situação alimentar e nutricional com a identificação de áreas geográficas, segmentos sociais e grupos populacionais de maior risco aos agravos nutricionais, propiciada pelo sistema de vigilância alimentar e nutricional, confere racionalidade como base de decisões para as ações de nutrição e promoção de práticas alimentares saudáveis, que respeitem a diversidade étnica, social e cultural da população (VASCONCELOS, 2011, p. 430).

A promoção da alimentação saudável está inserida como diretriz da Política Nacional de Alimentação e Nutrição-PNAN e como eixo estratégico da Política Nacional de Promoção à Saúde-PNPS, fundamentada na concretização do Direito Humano à Alimentação Adequada-DHAA e na garantia da Segurança Alimentar e Nutricional-SAN da população (BRASIL, 2012; BRASIL, 2006a).

O Direito Humano à Alimentação Adequada-DHAA foi definido pelo Relator Especial da ONU, Jean Ziegler, em 2002, da seguinte forma:

> O direito à alimentação adequada é um direito humano inerente a todas as pessoas de ter acesso regular, permanente e irrestrito, quer diretamente ou por meio de aquisições financeiras, a alimentos seguros e saudáveis, em quantidade e qualidade adequadas e suficientes, correspondentes às tradições culturais do seu povo e que garanta uma vida livre do medo, digna e plena nas dimensões física e mental, individual e coletiva (BURITY et al,2010,p.15).

Enquanto a Segurança Alimentar e Nutricional-SAN, de acordo com a Lei Orgânica de Segurança Alimentar e Nutricional-LOSAN, publicada em 2006,

> Consiste na realização do direito de todos ao acesso regular e permanente a alimentos de qualidade, em quantidade suficiente, sem comprometer o acesso a outras necessidades essenciais, tendo como base práticas alimentares promotoras de saúde que respeitem

> a diversidade cultural e que sejam ambiental, cultural, econômica e socialmente sustentáveis (LOSAN,2006,p.4).

A organização das ações de promoção da alimentação saudável, conforme a Política Nacional de Alimentação e Nutrição-PNAN, deve considerar os determinantes sociais da saúde, com a definição de ações técnicas e políticas, de caráter amplo e intersetorial, que respondam às necessidades de cada território, a partir de estratégias de articulação transversal entre os diversos equipamentos públicos, sociais e a comunidade. As ações devem priorizar o desenvolvimento de habilidades e competências que gerem empoderamento e autonomia dos indivíduos, famílias e comunidades (BRASIL, 2012).

Entre as ações de promoção da alimentação saudável que podem ser desenvolvidas na Atenção Básica, ressaltam-se as atividades de educação alimentar e nutricional que podem ser realizadas em diferentes espaços sociais do território, tais como unidades de saúde, escolas, ambientes de trabalho, dentre outros (JAIME et al,2011).

Para tanto, constata-se a necessidade de profissionais que detenham conhecimentos no campo da ciência da alimentação e nutrição, integrados com a epidemiologia, a sociologia, a antropologia, a educação, bem como, que tenham habilidade para o desenvolvimento de métodos adequados para abordagem dos problemas alimentares e nutricionais, junto aos indivíduos, famílias e comunidade, considerando a complexidade que envolve estes problemas (BOOG, 1999; ASSIS et al,2002; BOOG,2008).

A partir desses pressupostos, autores do campo da Nutrição, apresentam as seguintes questões:

1. Quais são as estratégias para a promoção de práticas alimentares saudáveis na atenção primária à saúde?

2. A quem compete realizar essas práticas para promoção da alimentação saudável?

A Política Nacional de Atenção Básica-PNAB inclui entre as características do processo de trabalho das equipes, o desenvolvimento de ações educativas que

possam interferir no processo saúde-doença, no desenvolvimento de autonomia, individual e coletiva, e na busca por qualidade de vida. Destaca, também, o trabalho em equipe, de forma multiprofissional e interdisciplinar como essencial para a realização da gestão e coordenação do cuidado integral na rede de atenção, no qual, além da presença de diferentes formações profissionais, deve ocorrer também, a articulação entre estes e o compartilhamento de ações e de responsabilidades, na perspectiva de estabelecimento de um processo de trabalho aonde, progressivamente, os núcleos de competência profissionais específicos vão enriquecendo o campo comum de competências, ampliando, assim, a capacidade de cuidado de toda a equipe (BRASIL, 2012a).

A “Matriz de Ações de Alimentação e Nutrição na Atenção Básica à Saúde”, elaborada pelo Observatório de Políticas de Segurança Alimentar e Nutrição da Universidade de Brasília-OPSAN/UnB, no âmbito de pesquisa financiada pela Coordenação Geral de Alimentação e Nutrição-CGAN do Ministério da Saúde, elenca algumas ações prioritárias que estão relacionadas ao conhecimento técnico específico do profissional nutricionista. Entretanto, apresenta outro grupo de atribuições, especialmente referentes à promoção da saúde e a prevenção de doenças, que são de responsabilidade de toda a equipe de saúde e enfatiza a existência de inúmeros protocolos e condutas na rede SUS que poderão dar suporte para essas ações (BRASIL, 2009).

Para Boog (2008, p.34):

> Embora a assistência e educação alimentar e nutricional constituam ações privativas do nutricionista, conforme disposto na Lei 8.234/91, que regulamenta a sua atuação profissional, a promoção da alimentação saudável tem caráter mais amplo, perpassando não só ações de outros profissionais, como também iniciativas que transcendem os serviços de saúde.

O documento “Marco de Referência de Educação Alimentar e Nutricional para as Políticas Públicas”, editado pelo Ministério de Desenvolvimento Social e Combate à Fome, em 2012, afirma que vários profissionais podem e devem desenvolver ações de educação alimentar e nutricional, considerando que:

> A alimentação é uma prática social, resultante da integração das dimensões biológica, sociocultural, ambiental e econômica, bem como, que a educação alimentar e nutricional requer, portanto, uma

> abordagem integrada que reconheça as práticas alimentares como resultantes da disponibilidade e acesso aos alimentos, além dos comportamentos, práticas e atitudes envolvidas nas escolhas, nas preferências, nas formas de preparação e no consumo dos alimentos (BRASIL, 2012b, p.31).

No entanto, chama a atenção para que nos contextos que envolvam indivíduos ou grupos com alguma doença ou agravo, onde a educação alimentar e nutricional é considerada um recurso terapêutico que integra um processo de cuidado e cura do agravo, as ações são responsabilidade de profissionais com conhecimento técnico e habilitação em educação alimentar e nutricional. Portanto, as abordagens técnicas e práticas neste campo de atuação devem respeitar as especificidades regulamentadoras das diferentes categorias profissionais (Ibidem).

Estudos realizados em algumas cidades brasileiras identificaram dificuldades vivenciadas por profissionais da Atenção Primária para a execução de ações de promoção da saúde/alimentação saudável e de educação alimentar e nutricional.

Em estudo realizado por Boog (1999), com médicos e enfermeiros do município de Campinas-SP, verificou-se que esses profissionais encontravam dificuldades para realizar atividades de educação e orientação alimentar e nutricional. Dentre as dificuldades constatadas destacaram-se:

- o conflito entre o conhecimento teórico e a prática vivencial;
- a existência de descrédito por parte desses profissionais em relação às ações educativas na área de alimentação e nutrição em função de suas próprias dificuldades para realizar mudanças;
- à percepção dos problemas alimentares como facticidade, ou seja, como uma situação ou condição não criada pelo sujeito, que se impõe independentemente das escolhas, tendo como determinantes fatores externos, contingências do sistema de vida e de trabalho, que não são passíveis de mudanças;
- a falta de embasamento teórico adequado à análise de problemas alimentares; a falta de critérios para identificá-los;
- a falta de parâmetros para discernir problemas alimentares de problemas econômicos;
- o desconhecimento de técnicas para abordar os problemas alimentares.

Silva et al(2002), em estudo com o propósito de conhecer as concepções sobre alimentação saudável expressas por profissionais de saúde (médicos,enfermeiros, nutricionistas) com atuação na atenção básica do Distrito Federal, constataram que esses profissionais demonstraram dilema entre seu papel profissional e sua condição de cidadãos enfrentando também, conflitos semelhantes com a escolha da alimentação de sua família. Nas concepções de alimentação saudável, referidas pelos profissionais, observou-se uma associação entre à visão de um conceito ideal, constituído pelos conteúdos técnicos, porém influenciados pela mídia, e de outro conceito real, vinculado às subjetividades, à história alimentar de cada pessoa. Os profissionais ressaltaram também que se sentiam sem preparo técnico para realizar a orientação sobre alimentação saudável, sustentada nessa visão ideal.

Pinto (2006) relata que em um diagnóstico preliminar realizado por alunos do Curso de Graduação em Nutrição da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, acerca das práticas educativas realizadas na atenção básica, no município de Natal, foram constatadas fragilidades de caráter pedagógico. Essa constatação provocou a realização de uma pesquisa posterior, na qual, por meio da aplicação de questionários semi-dirigidos junto a nutricionistas que trabalhavam nesse nível de atenção, verificou-se, ainda, como entraves para a execução de práticas educativas: a falta de integração entre os profissionais; as condições físicas das unidades, que na sua grande maioria, não possuíam espaço próprio e adequado para as atividades educativas; os recursos materiais escassos ou inexistentes; a falta de investimentos na educação permanente dos profissionais e a ausência da concessão de horas disponíveis para o planejamento das ações educativas.

Alcides (2011) em estudo realizado em um bairro da cidade de Salvador referente à promoção de práticas alimentares saudáveis enquanto ação de agentes comunitários de saúde-ACS, constatou que os referidos profissionais desconheciam o significado de conceitos fundantes do novo paradigma de saúde, como o de promoção da saúde, fazendo com que a doença, o doente e a cura continuem sendo o foco de suas atividades.

Neste contexto, a inserção das ações de promoção da alimentação saudável no âmbito das ações de saúde na atenção primária, é fundamental para qualificação e

integralidade do cuidado, apontando para a necessidade de intervenções e pesquisas nesta área.

Cabe destacar que a integralidade é aqui entendida não só como atendimento integral às necessidades em saúde da população por meio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, mas, também, como princípio de um modo de organizar os processos de trabalho nos serviços de saúde para além da doença, a partir da criação de espaços coletivos de diálogo que possibilitem uma maior aproximação das equipes de saúde dos seus territórios de responsabilidade, na perspectiva do estabelecimento de “uma rede solidária e intersetorial de políticas, serviços e profissionais” (BRASIL/CEAD/UnB, 2010, p.51).

A partir dessa problemática, propomos a realização desta pesquisa sobre práticas de promoção da alimentação saudável na atenção básica, produzidas por profissionais de saúde integrantes de equipes de um Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) e de uma Unidade de Saúde da Família (ESF). A pesquisa se deu no âmbito do Mestrado Profissional em Saúde da Família no Nordeste, tendo como Instituição Nucleadora a Universidade Federal do Rio Grande do Norte-UFRN.

A escolha do tema foi decorrente de um conjunto de motivos. Além das questões descritas anteriormente, há as minhas implicações enquanto pesquisadora com o tema, considerando minha formação e inserção profissional na área da Nutrição, com atuação em Unidades Básicas de Saúde do município de Natal/RN, durante aproximadamente dezessete anos, desenvolvendo ações no campo da atenção e gestão do cuidado em saúde/nutrição.

A opção por estudar as práticas referentes à promoção da alimentação saudável produzidas por equipes de um NASF e de uma Unidade da ESF deu-se por entender que a Atenção Primária se constitui em lócus privilegiado para a produção dessas práticas, bem como, pela compreensão de que o fortalecimento e consolidação destas dependem não só de ações estruturantes no âmbito das macropolíticas econômicas e sociais, mas também, de ações nos espaços da micropolítica, nos quais é fundamental a motivação e atuação desses profissionais, entendidos como sujeitos sociais, com potencialidades para pensar, sentir, agir e contribuir (ou não),

com a definição e implementação das diversas políticas que integram o processo de produção de saúde.

Aliado a esses motivos, soma-se o desejo de contribuir com a construção coletiva de saberes e modos de fazer referentes ao tema, envolvendo diferentes categorias profissionais.

O estudo, caracterizado como pesquisa-ação de caráter intervencionista, buscou construir caminhos para apoiar a inserção e qualificação das ações de promoção da alimentação saudável no fazer cotidiano das equipes, a partir das seguintes questões:

• Quais as percepções dos profissionais acerca da promoção da saúde, alimentação saudável e educação alimentar e nutricional?

• Como está organizado o processo de trabalho dessas equipes quanto às ações de promoção da alimentação saudável?

• Quanto às ações que são executadas, quais as dificuldades e potencialidades?

• Que estratégias são apontadas para a construção de um plano de ações para promoção da alimentação saudável, considerando o contexto local?

O objetivo geral da pesquisa foi compor estratégias para inserção transversal das ações de promoção da alimentação saudável nas práticas das equipes do NASF e Unidade da Estratégia Saúde da Família - USF da Afya[4], no município de Natal/RN, a partir da análise das percepções e processos de trabalho desses profissionais.

Enquanto os objetivos específicos foram: identificar percepções dos profissionais acerca da promoção da saúde, alimentação saudável e educação alimentar e nutricional; descrever e analisar o processo de trabalho das equipes do NASF e USF da Afya, Natal/RN para execução das ações de promoção da alimentação saudável nos diferentes ciclos de vida; elaborar, em conjunto com as equipes, agenda integrada intra e intersetorial de educação alimentar e nutricional, considerando o contexto local.

[4] Pseudônimo. Nome originário do Quênia que significa saúde. A escolha se deu após uma breve apreciação por alguns profissionais do NASF dos nomes apresentados pela pesquisadora.

O presente texto é composto por quatro capítulos que seguem esta introdução, além das considerações finais. No primeiro capítulo, apresentamos o percurso metodológico trilhado nesta pesquisa, abordando em três tópicos a definição do tipo de estudo, o lugar da pesquisa, o seu fazer e os aspectos éticos.

No segundo capítulo destacamos os conceitos, as conexões e as contradições que permeiam a promoção da alimentação saudável e da saúde no contexto da Segurança Alimentar e Nutricional e do Sistema Único de Saúde-SUS.

No terceiro capítulo, apresentamos as percepções dos profissionais sobre promoção da saúde, alimentação saudável e educação alimentar e nutricional, dialogando com os referenciais teóricos refrentes a estas temáticas.

No quarto capítulo descrevemos sucintamente o processo de trabalho dos profissionais da USF Afya, enfatizando as dificuldades, as possibilidades e as potencialidades apontadas no decorrer dos momentos produzidos durante a pesquisa.

Por fim, o tópico considerações finais ou caminhos transversais e inacabados, no qual apresentamos as nossas inquietações inerentes ao processo de produção de conhecimento, ressaltando os desafios e as possibilidades apontadas no caminhar desta pesquisa.

Esperamos que esta investigação possa contribuir para ampliar o debate acerca da inserção e do fortalecimento de ações de promoção da alimentação saudável na atenção primária à saúde.

Ressaltamos que, em nenhum momento, pretendemos trazer verdades absolutas, nem receitas prontas considerando a complexidade que envolve a promoção da saúde e a alimentação e nutrição, e suas inter-relações entre o corpo, o comer, o viver e o processo saúde-doença-cuidado, mas, apresentar reflexões e idéias que estimulem a construção de caminhos a serem trilhados, na perspectiva da integralidade do cuidado e da realização da Segurança Alimentar e Nutricional. Certamente, trata-se de uma tarefa instigante e desafiadora, construída passo a passo, no cotidiano do trabalho e das lutas por um mundo com mais justiça social,

no desejo vivo da utopia que nos move e nos faz resistir, e insistir, como lembra o poema de Mário Quintana:

> Se as coisas são inatingíveis... ora!
> Não é motivo para não querê-las...
> Que tristes os caminhos, se não fora
> a presença distante das estrelas!

1 PERCURSO METODOLÓGICO

> [...] O método é aquilo que serve para aprender, e, ao mesmo tempo é aprendizagem. É uma viagem que se inicia com a busca do método. O desdobramento de um caminho [...](Morin, 2007a, p.29-30).

1.1 DEFININDO O TIPO DE ESTUDO

A definição do tipo de estudo teve como um dos pontos de partida, o entendimento da produção de conhecimento como processo dinâmico, perpassado por situações complexas, nas quais não há apenas ordem, determinismos, mas também, desordem, acasos, dúvidas, conflitos, que pressupõem, conforme destaca Morin (2007):

> Sujeitos viventes, não abstratos, capazes de aprender, inventar e criar “em” e “durante” o seu caminho (Ibidem, p.18).

Nesta perspectiva, adotamos a abordagem qualitativa para buscar compor estratégias para a inserção transversal das ações de promoção da alimentação saudável no cotidiano das práticas desenvolvidas em uma Unidade de Atenção Básica do município de Natal/RN.

Ao longo dos anos, vários autores têm apresentado definições e reflexões sobre abordagem qualitativa, cuja descrição remete a uma ampla diversidade de vertentes, que tem como propósito comum analisar o significado atribuído pelos sujeitos aos fatos, relações e práticas (DESLANDES; GOMES, 2004).

A abordagem qualitativa parte do fundamento que a produção do conhecimento não está reduzida a dados isolados, conectados por uma teoria explicativa. Conforme ressalta Chizzotti (1998, p.79):

> [...] Há uma relação dinâmica entre o mundo real e o sujeito, uma interdependência viva entre o sujeito e o objeto, um vínculo indissociável entre o mundo objetivo e a subjetividade do sujeito. [...] o sujeito observador é parte integrante do processo de conhecimento e interpreta os fenômenos, atribuindo-lhes um significado. O objeto não é um dado inerte e neutro; está possuído de significados e relações que sujeitos concretos criam em suas ações.

As abordagens qualitativas, segundo Vilar (2014, p.10), citando Minayo (2004):

> São capazes de incorporar os significados e as intencionalidades inerentes aos atos, às relações e às estruturas sociais, permitindo que se compreendam melhor os estudos dessa natureza.

Partimos, então, da compreensão de que o conhecimento é um processo de tentativas, que se opera a partir de outros conhecimentos, da indissociabilidade entre teoria e prática, e da (re) criação de saberes e modos de fazer (MINAYO, 1992). Elegemos como estratégia metodológica a pesquisa-ação, de cunho intervencionista, que se caracteriza fundamentalmente pela interatividade, flexibilidade, caráter cíclico e coletivo (THIOLLENT, 2011).

Na literatura, conforme destaca Pezzato (2009), vários autores se dedicaram a teorizar sobre a pesquisa-ação, apresentando representações e tipologias singulares, cujas diferentes definições variam segundo o ponto de vista epistemológico, ideológico e metodológico.

É oportuno salientar que neste estudo, não temos pretensão de apresentar uma revisão histórica dos debates entre pensadores acerca da pesquisa-ação, nem de fazer opção por alguma tipologia, porém, descreveremos, sucintamente, algumas de suas definições e características, com base nos referenciais teórico-metodológicos apresentados e discutidos por diferentes autores, dentre eles: Barbier (1985), Thiollent (1988 e 2011), Elliot (1998) e Oliveira (2013),a partir dos quais, traçamos alguns elementos que guiaram o caminhar desta pesquisa.

A pesquisa-ação, afirma Barbier (1985, p.156) é:

> Uma atividade de compreensão e de explicação da práxis dos grupos sociais por ele mesmos, com ou sem especialistas em ciências humanas e sociais práticas, com o fim de melhorar essa práxis.

De acordo com Thiollent (1988, p.15):

> A pesquisa-ação é um tipo de pesquisa social com base empírica que é concebida e realizada em estreita associação com uma ação ou com a resolução de um problema coletivo e no qual os pesquisadores e os participantes representativos da situação ou do problema estão envolvidos de modo cooperativo ou participativo.

O referido autor destaca alguns aspectos que caracterizam a pesquisa-ação, quais sejam (THIOLLENT, 2011, p.22 e 23):

> a) Há uma ampla e explícita interação entre pesquisadores e pessoas implicadas na situação investigada;

b) Desta interação resulta a ordem de prioridade dos problemas a serem pesquisados e das soluções a serem encaminhadas sob forma de ação concreta;

c) O objeto de investigação não é constituído pelas pessoas e sim pela situação social e pelos problemas de diferentes naturezas encontrados nesta situação;

d) O objetivo da pesquisa-ação consiste em resolver ou, pelo menos, em esclarecer os problemas da situação observada;

e) Há, durante o processo, um acompanhamento das decisões, das ações, e de toda a atividade intencional dos atores da situação;

f) A pesquisa não se limita a uma forma de ação (risco de ativismo): pretende-se aumentar o conhecimento dos pesquisadores e o conhecimento ou o "nível de consciência" das pessoas e grupos considerados.

A pesquisa-ação tem como finalidade contribuir com informações/ações que orientem a tomada de decisões e os processos de mudança visando à melhoria de uma situação problema, ou seja, o objetivo prioritário é melhorar a prática. Deste modo, a produção e a utilização do conhecimento estão subordinadas e condicionadas a esse objetivo fundamental (ELLIOT, 1998).

Oliveira (2013, p.74) ressalta que "a pesquisa-ação requer o compromisso do pesquisador com a população pesquisada a fim de buscar coletivamente alternativas para a resolução dos problemas que afligem essas pessoas". Desta forma, o pensamento científico se constitui através da articulação entre pesquisador e campo de pesquisa, não separando sujeito e objeto (ROCHA; AGUIAR, 2003).

A pesquisa-ação pressupõe a construção coletiva, o diálogo, a reflexão, o fazer com os outros, em um movimento cíclico de reflexão-ação-reflexão. Neste sentido, não seguimos uma série de fases rigidamente ordenadas. Os conhecimentos foram sendo produzidos em um "processo de tentativas", uma construção que se fez a partir da realidade concreta, de outros conhecimentos, em um constante exercício de "apreensão, crítica e dúvida" (MINAYO,1992, p.89).

1.2 O LUGAR DA PESQUISA

O estudo foi realizado em uma Unidade de Saúde da Família-USF integrante do Distrito Sanitário Norte I e localizada em uma comunidade no Bairro da Redinha, que denominamos com o pseudônimo de Afya..

O Bairro da Redinha situa-se na Região Administrativa Norte do município de Natal, capital do Rio Grande do Norte. Limita-se ao norte com o município de Extremoz, ao sul com o Bairro de Salinas, a leste com a Redinha Nova (Oceano Atlântico) e a oeste com o estuário do Rio Potengi. Apresenta uma população em torno de 17.458 habitantes, de acordo com dados da SEMURB - Secretaria Municipal de Meio Ambiente e Urbanismo, com base nos dados do IBGE - Instituto Brasileiro de Estatística e Geografia – 2011 (NATAL, 2013).

Este bairro inicialmente tinha características de colônia de pescadores e de praia de veraneio, que ficou famosa pela iguaria conhecida como “ginga com tapioca”. O seu topônimo, de acordo com Melo (2006) vem de “praia das redes” por abrandamento, “Redinha”. Já “Câmara Cascudo associa a origem do topônimo Redinha a uma localidade homônima, de Portugal” (NATAL, 2013, p.186).

A comunidade da Afya surgiu encravada entre dunas e lagoas, com suas primeiras casas ainda de palha, antes denominada de favela e hoje chamada de comunidade. Melo (2006) destaca que esta comunidade surgiu como uma área carente de intervenções de diversas ordens, desde uma proposta urbanística, que incluísse a implantação de equipamentos sociais, possibilitando a qualificação profissional e geração de emprego e renda, até a legalização dos imóveis de uma forma geral.

A Estratégia Saúde da Família foi implantada na Unidade da Afya em 2004. Hoje funciona com duas equipes completas, das 08h00 às 16h00, nos dias úteis, de segunda a sexta-feira, contando ainda, com o apoio dos profissionais da equipe do NASF, cuja sede funciona em uma das salas desta unidade.

A USF desenvolve, predominantemente, ações preventivas e curativas, através dos seguintes serviços: consulta médica, de enfermagem, de odontologia, visitas domiciliares, teste do pezinho, imunização, planejamento familiar e distribuição de medicamentos. E ainda, atividades de educação em saúde, em especial vinculadas

as ações de saúde bucal na escola e ao Grupo de Caminhada e Práticas Corporais, constituído predominantemente por idosos. Está em processo de formação e experimentação, um grupo direcionado a pessoas em sofrimento psíquico, bem como, o trabalho integrado com Grupos organizados pelo Centro de Referência em Assistência Social-CRAS, como o de Gestantes.

Ao longo dos anos, a comunidade foi passando por mudanças. Em Cartilha elaborada por profissionais da Unidade de Saúde da Família desta comunidade, a partir de impressões coletadas em reuniões, discussões em grupos com moradores de diferentes ciclos de vida, são descritos aspectos referentes ao trabalho, educação, saúde, moradia e grupos da comunidade, comparando o período compreendido entre 1991 e 2008, afirma-se que se pode observar “um avanço na organização e desenvolvimento da comunidade” (MEDEIROS et al,2008,p.15).

Entretanto, apesar de algumas conquistas, a comunidade ainda sofre os efeitos das diversas faces das desigualdades sociais, expressas nas condições de moradia, renda, emprego, acesso a lazer e a outros serviços, que atendam às necessidades da população.

Vale salientar que, atualmente, está em processo de retomada um Projeto em parceria entre o Executivo Municipal e o Ministério das Cidades, através dos Programas Habitar Brasil e Prosanear, que tem dentre os vários objetivos, a reurbanização da área com intervenções de infraestrutura, com implantação de esgotamento sanitário, complementação de abastecimento de água e energia elétrica, drenagem, acessos, equipamentos de educação, lazer, saúde, creche e centro de atividades múltiplas (SEPLAN,2013).

Entretanto, a reforma prevista para a USF através desse projeto, até a finalização deste estudo, ainda não havia se concretizado. Inclusive, a Unidade está com uma área que antes era destinada a atividades com grupos e reuniões, interditada por problemas estruturais na cobertura, aguardando por reforma.

Os quadros 1 e 2 apresentados a seguir mostram a caracterização sócio-demográfica do território da área de abrangência da USF Afya, com base em dados do Sistema de Informação da Atenção Básica-SIAB da Unidade de Saúde da Família da Afya, referentes a dezembro de 2013.

Os referidos dados demonstram existir certa proporcionalidade entre os gêneros masculino e feminino. Em relação ao percentual da população por faixa etária, evidencia-se um maior percentual de pessoas na faixa etária acima de 01 ano e menor de 20 anos, ou seja, crianças e adolescentes, bem como, de mulheres em idade fértil. A faixa etária de maiores de 60 anos aparece em terceira colocação em relação ao percentual da população. Portanto, faz-se necessário um incremento de políticas públicas direcionadas a todos os ciclos de vida. É oportuno ressaltar, ainda, que o Quadro 1 apresenta duas questões preocupantes, referentes ao percentual de domicílios ligados a rede de esgotos e ao analfabetismo, apontando para a relevância de ações efetivas direcionadas ao saneamento e a erradicação do analfabetismo.

Quadro 1 – Dados sócio-demográficos da área de abrangência da USF Afya.

População: 5.950 pessoas - 2.965 do sexo masculino e 2.985 do sexo feminino. Percentual da população com menos de 01 ano – 1,52%. Percentual da população com menos de 20 anos – 39,04%. Percentual de mulheres entre 10 e 49 anos (MIF) – 34,23%. Percentual da população com 60 anos ou mais – 6,3%.
Número de domicílios/famílias – 1.523 famílias. Número de famílias beneficiadas pelo Programa Bolsa Família – 365 famílias. Percentual de domicílios com água encanada – 98,67%. Percentual de domicílios ligados à rede de esgotos – 0,0%. Percentual de domicílios com coleta regular de lixo – 97,41%. Percentual de analfabetismo – 17,07%.

Fonte: SIAB/USF Afya, Dezembro/2013.

Quadro 2 – População da área de abrangência das equipes da Estratégia Saúde da Família da USF Afya, **por equipe.**

EQUIPE	Nº DE FAMÍLIAS	POPULAÇÃO		
		MASCULINO	FEMININO	TOTAL
Equipe 92	824	1.356	1.394	2.750
Equipe 93	699	1.609	1.591	3.200

Fonte: SIAB/USF Afya, Dezembro/2013.

Em pesquisa realizada na área pela Unidade de Saúde, no ano de 2008, foi constatado que 20% dos jovens na faixa etária entre 15 e 19 anos já estavam fora das salas de aula. As justificativas referidas para o abandono da escola e consequente não conclusão do 2º grau, foram os seguintes fatores: a necessidade de garantir o seu sustento ou ajudar em casa; a iniciação sexual precoce levando à formação de um núcleo familiar, ficando a educação formal em segundo plano.(MEDEIROS et al,2008).

Quanto às práticas alimentares da população da comunidade da Afya, apesar de não existir um estudo sistematizado, os profissionais de saúde relataram que considerando ser a pesca de peixes e caranguejos uma das formas de trabalho e fonte de renda, observa-se o consumo destes alimentos, entre os adultos, porém entre crianças é pouco consumido. Evidencia-se, também, o consumo cada vez mais frequente de produtos ultraprocessados, destacando-se os salgadinhos em pacote e os embutidos (salsicha. mortadela), apontando para a necessidade do desenvolvimento de ações para a promoção da alimentação saudável.

Em relação ao perfil de doenças, no primeiro quadrimestre de 2014, de acordo com dados registrados no atendimento ambulatorial, foram identificados os grupos patológicos e doenças/agravos mais frequentes, apresentados no quadro 3, abaixo:

Quadro 3 – Perfil de grupos patológicos, doenças/agravos mais frequentes identificados no atendimento ambulatorial da USF Afya, jan/fev/mar/abril, 2014.

GRUPOS PATOLÓGICOS	DOENÇAS/AGRAVOS MAIS FREQUENTES
Circulatório	Hipertensão arterial sistêmica (HAS)
Endócrino	Diabetes Mellitus
Digestivo	Diarréia, dor abdominal, vômito, verminose
Musculoesquelético	Dores musculares
Respiratório	Asma e tosse
Neurológico	Tontura, cefaléia, vertigem
Psicológico	Transtornos depressivos e ansiedade

Fonte: Setor de Estatística da USF Afya, junho/14.

É importante ressaltar que a observação em contato direto na USF da Afya, possibilitou-nos evidenciar aspectos que refletem a exclusão e as desigualdades sociais, como a falta de saneamento básico, acúmulo de lixo em terrenos baldios, ruas sem pavimentação e o alcoolismo, o que repercute nas condições de saúde e aponta para grandes desafios a serem enfrentados pelas políticas públicas, dentre essas, as políticas de saúde.

1.3. O FAZER DA PESQUISA: TRAÇANDO E TRILHANDO OS CAMINHOS NO CAMINHAR

Os primeiros passos para a realização da pesquisa tiveram início na fase exploratória, ainda durante a elaboração do Projeto, cuja qualificação ocorreu em maio de 2013. Através da aproximação com atores institucionais do nível central da Secretaria Municipal de Saúde de Natal, buscamos construir a viabilidade operacional do estudo, no contexto da Estratégia Saúde da Família-ESF. Agendamos e realizamos uma reunião, em janeiro de 2013, com a equipe que

assumiu a Coordenação da Estratégia Saúde da Família na nova gestão da referida Secretaria, na qual dialogamos sobre a problemática a ser pesquisada, os objetivos propostos e a viabilidade do estudo, bem como, acerca de propostas de unidades para a sua realização.

Naquela ocasião, foi sugerido que trabalhássemos com as equipes de um Núcleo de Apoio à Saúde da Família-NASF e uma Unidade de Saúde da Família- USF, integrantes do Distrito Sanitário Norte I, uma vez que o Distrito Oeste e o Distrito Norte II, onde estão inseridos os outros Núcleos de Apoio já tinham alguns trabalhos de pesquisa sendo realizados, em parceria com algumas instituições de ensino. Ao final da reunião, recebemos da Coordenação da ESF, cópia de documento elaborado pelos profissionais dos três Núcleos de Apoio,em dezembro de 2012,no qual relatam as fragilidades dos processos de trabalho e apresentam proposições para enfrentamento dos desafios. Então, pactuamos agendar um encontro com os profissionais do referido NASF.

No dia 06/02/13, realizamos esse encontro na sede da SMS de Natal. Estiveram presentes cinco profissionais integrantes da equipe do NASF, além de uma profissional do Núcleo de Promoção da Saúde do Departamento de Atenção Básica. Apesar dos inúmeros desafios para reorganização da atenção primária na rede de atenção à saúde de Natal, acumulados ao longo dos anos, os profissionais mostraram-se motivados para contribuir com o estudo, considerando que vivenciavam no seu cotidiano a problemática apresentada em nosso projeto, fruto também de constatações realizadas no decorrer da nossa atuação profissional na rede de atenção básica do município de Natal.

Ao final, definimos, conjuntamente, que o local do estudo seria uma Unidade de Saúde do Distrito Sanitário Norte I, que aderiu ao Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade na Atenção Básica-PMAQ e que possui duas equipes da Estratégia Saúde da Família: uma com doze profissionais, e outra com treze profissionais, e cuja composição segue a referência de equipe mínima adotada pelo Ministério da Saúde: médico, enfermeira, cirurgiã-dentista, técnicos de enfermagem, auxiliares de saúde bucal e agentes comunitários de saúde (PREFEITURA DO NATAL, 2012).

Ainda em 2013, após visita à Unidade, realizamos um encontro com a participação dos profissionais do NASF, das duas equipes da USF e da direção para discutir a formulação do problema e a proposta do projeto. Em janeiro de 2014, realizamos outro encontro com o propósito de pactuarmos a agenda das atividades de pesquisa.

É oportuno salientar que nesses encontros foi possível a identificação das fragilidades, das divergências, das posições céticas, bem como das convergências e posições otimistas em relação à realização do estudo.

O nosso cenário de estudo foi definido, então, a partir de escolha intencional e de critérios como: a convergência na formulação do problema, a disponibilidade dos profissionais em participar, a composição das equipes, e a necessidade de ações locais referidas pelos atores institucionais, em reuniões relatadas anteriormente.

O trabalho de campo foi realizado no período compreendido entre fevereiro a junho de 2014, portanto, diferente do tempo previsto inicialmente no projeto de pesquisa. Ressalta-se que nessa trajetória, enfrentamos várias dificuldades decorrentes de dois períodos de greve dos profissionais da saúde, indisponibilidade ou sobreposição de agendas, em decorrência de processos internos da gestão Secretaria Municipal de Saúde, quais sejam: avaliação externa e repactuação do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica-PMAQ, a construção de alguns instrumentos de planejamento, tais como: o Plano Pluri Anual-PPA e a Programação Anual de Saúde para 2014, além de feriados, como o Carnaval e dos pontos facultativos, tendo em vista alguns jogos da Copa do Mundo 2014 em Natal.

Os participantes da pesquisa foram 18 profissionais de diferentes categorias, integrantes das equipes do NASF e da USF da Afya. Destaca-se, entretanto, que o número de profissionais presentes por atividade variou, devido outras demandas institucionais e pessoais, além das interrupções relatadas anteriormente.

Na busca de caminhos para alcançar os objetivos propostos nesta pesquisa, o percurso metodológico se deu através de vários momentos de encontros inter-relacionados, em um constante movimento de reflexão-ação-reflexão. Para sua operacionalização usamos diferentes procedimentos: revisão bibliográfica,

observação direta, círculo hermenêutico-dialético, encontros temáticos reflexivos, e por fim, como atividade de culminância, a realização de Oficina, com o tema: “Repensando as práticas educativas para promoção da alimentação saudável”.

Vale salientar que para a descrição e análise do processo de trabalho, não utilizamos o fluxograma descritor como havíamos pensado no Projeto de Pesquisa. Deste modo, realizamos observação direta, na qual tivemos a oportunidade de evidenciar o fluxo para atendimento, bem como, de acompanhar algumas reuniões entre os profissionais e com os usuários, durante a Semana de Humanização, realizada de 07 a 11/04/2014, nas quais foi possível constatar as dificuldades e as potencialidades que perpassam os processos de trabalho na referida USF.

No que se refere aos instrumentos de registro de dados, foram utilizados os Diários de Pesquisa e de Momentos. No Diário de Pesquisa registramos nossas impressões acerca das atividades desenvolvidas desde o processo de construção da pesquisa.

De acordo com Lourau (1993) citado por Pezzato (2009), o diário de pesquisa permite o conhecimento da vivência cotidiana do campo, fazendo a restituição da pesquisa, podendo auxiliar na produção de um pesquisador implicado, cujo projeto político inclui transformar a si e a seu lugar social, a partir de estratégias de coletivização das experiências e análises.

No Diário de Momentos foram registrados os encontros com os profissionais, bem como, as fotografias dos momentos vivenciados, com anuência dos participantes, respeitando os aspectos éticos que serão abordados posteriormente.

Em relação às bases interpretativas da pesquisa, buscamos como fundamentação teórica a hermenêutica dialética, que conforme Minayo (1996, p.231),

> é capaz de dar conta de uma interpretação aproximada da realidade. Essa metodologia coloca a fala em seu contexto para entendê-la a partir do seu interior e no campo da especificidade histórica e totalizante, em que é produzida.

De acordo com Gadamer citado por Minayo (1992, p.220 e 221), a hermenêutica é:

> [...] A busca de compreensão de sentido que se dá na comunicação entre os seres humanos. [...] Seus pressupostos são que o homem como ser histórico é finito e se complementa na comunicação. Mas a compreensão dessa comunicação é também finita: ocupa um ponto no tempo e no espaço. [...] A compreensão do sentido orienta-se por um consenso possível entre o sujeito agente e aquele que busca compreender.

A análise e interpretação dos dados produzidos nas diversas etapas da pesquisa ocorreram de forma processual, em conjunto com os participantes, ao final de cada atividade.

Nesse sentido, a análise dos dados foi realizada com base em uma postura interpretativa dialética que possibilitou aproximar o conhecimento da realidade, "reconhecendo os fenômenos sociais como resultados e efeitos da atividade criadora tanto imediata quanto institucionalizada" (MINAYO, 1992, p.232).

O trabalho de campo não seguiu rigidamente o caminho inicialmente traçado no Projeto de Pesquisa, no que diz respeito ao cronograma e técnicas de produção de dados. Ao nos deparamos com os vários "obstáculos", buscamos produzir bifurcações, alargando e alongando esse caminho, porém, sempre dialogando e acatando as orientações, norteadas pelo método como estratégia, conforme Morin (2007). O referido autor destaca que:

> A estratégia encontra recursos, faz contornos, realiza investimentos e desvios. [...] A estratégia é aberta, evolutiva, enfrenta o imprevisto, o novo. Para alcançar seus fins, a estratégia se desdobra em situações aleatórias, utiliza o risco, o obstáculo, a diversidade. A estratégia necessita de iniciativa, decisão e reflexão (MORIN, 2007, p.29).

A produção deste estudo se deu a partir do diálogo e de pactuações com os participantes ao longo do processo de pesquisar, traçando os caminhos, à medida que transitávamos neles. A seguir, descreveremos essa trajetória percorrida.

1.3.1 O Círculo Hermenêutico-Dialético (CHD)

O Círculo Hermenêutico Dialético-CHD foi a técnica que adotamos no intuito de identificar as percepções dos profissionais acerca dos conceitos de promoção da saúde, de alimentação saudável e de educação alimentar e nutricional.

Essa técnica de entrevista, usada em Avaliação de Quarta Geração, foi descrita por Guba e Lincoln (1989), baseando-se em um referencial pluralista-construtivista como ferramenta para coleta de dados, pois estabelece diálogos e discussões grupais, em que os envolvidos podem analisar e refletir sobre diferentes aspectos (OLIVEIRA, 2005).

Os propositores da técnica salientam que este processo de construção e reconstrução da realidade é hermenêutico, porque tem caráter interpretativo e dialético, implica em comparação e contraste de diferentes pontos de vista, objetivando alto nível de síntese (FURTADO, 2001, p.173).

Neste estudo, tomamos como base para a realização da referida técnica, os modelos esquemáticos propostos por Guba e Lincoln (1989), Oliveira (1999), Silveira e Oliveira (2000), Neves (2006), Xavier et al. (2006) e Oliveira(2013), com algumas adaptações aos objetivos do nosso estudo. Ressalta-se que, em decorrência do menor número de participantes, a técnica não foi realizada conforme descrita no projeto de pesquisa, em três etapas e com os profissionais divididos em três grupos.

O CHD foi realizado em dois momentos, com uma carga horária total de duas horas. No primeiro momento, cada profissional fez seus registros em folha de papel contendo um roteiro (Apêndice A) com dados pessoais/profissionais (idade, gênero, escolaridade, categoria profissional, tempo de trabalho na APS) e as seguintes questões sobre suas percepções individuais: 1.Para você, o que significa promoção da saúde? 2.Como você define uma alimentação saudável? 3. O que significa para você, educação alimentar e nutricional?

No segundo momento, as percepções individuais foram apresentadas verbalmente por cada participante e debatidas, possibilitando a interação e suscitando reflexões, análises, construções e reconstruções coletivas.

A análise das entrevistas foi realizada em duas etapas. A primeira, de forma coletiva, durante a realização do CHD, tomando como base as questões suscitadas nos debates e os referenciais teóricos levantados na revisão de literatura. Em outra etapa, realizamos a leitura exaustiva dos registros individuais de cada profissional, procedendo à ordenação das percepções, buscando as idéias relevantes que constituíram as unidades de significado. Em seguida, essas unidades foram

codificadas e organizadas em eixos temáticos e temas centrais (Apêndice B). Este foi apresentado, posteriormente, aos profissionais no primeiro encontro temático reflexivo, que deu continuidade as atividades da pesquisa.

Dez profissionais participaram do CHD, conforme as seguintes categorias: uma enfermeira; uma assistente social; uma cirurgiã-dentista; uma nutricionista; duas auxiliares de saúde bucal; uma auxiliar de enfermagem; duas técnicas de enfermagem e uma profissional que não informou à sua formação profissional. Ressalta-se que dois profissionais assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido-TCLE, porém, não participaram desta pesquisa, considerando que não estavam na Unidade no momento agendado para esta atividade.

Em relação à caracterização, os profisionais são todos do gênero feminino. Quanto à idade, sete referiram faixa etária entre 51-60 anos e três entre 40-50 anos. Quanto à escolaridade, uma profissional referiu 1º grau completo, quatro o 2º grau completo, e cinco o 3º grau completo. Em relação à Pós-Graduação, quatro profissionais referiram que fizeram Residência/Especialização e uma profissional não informou. Das que informaram que fizeram, uma foi na área de Pneumologia Sanitária e uma nas áreas de Gestão, Saúde Mental e Abordagem Familiar Sistêmica e duas não informaram a área. Quanto ao tempo de trabalho na Atenção Básica, uma profissional referiu menos de 12 meses, uma em torno de 09 anos e quatro meses, três entre 20-25 anos de serviço e cinco entre 26-29 anos. Portanto, oito profissionais que participaram do CHD apresentam em torno de 20 anos ou mais de atuação na Atenção Básica.

Ao final, os participantes avaliaram positivamente a técnica do CHD, destacando entre os pontos favoráveis, a possibilidade de proporcionar uma participação ativa, a interação entre os participantes e a troca de saberes. Estes aspectos também foram ressaltados por outros autores como Oliveira (2013, p.192) “o círculo hermenêutico dialético é uma troca permanente entre o pesquisador e os entrevistados”. A referida autora, citando Oliveira (2007, p.131), enfatiza que esta troca “supõe constantes diálogos, críticas, análises, construções e reconstruções coletivas”.

1.3.2 Encontros Temáticos Reflexivos: um caminho para compartilhar a experiência de pensar o saber-fazer

Os Encontros Temáticos Reflexivos foram sugeridos a partir da necessidade expressa na avaliação coletiva do CHD, quanto a um maior aprofundamento conceitual acerca de alguns temas.

Estes encontros foram agrupados em três etapas: "Temperando Conceitos"[5], "Refletindo sobre as possibilidades" e "Preparando a oficina". Assim, foram realizados dez encontros, com carga horária de duas horas cada um.

Os encontros que compuseram os momentos "Temperando Conceitos" e "Refletindo sobre as possibilidades" foram realizados no turno vespertino, iniciando às 14h00min e finalizando às 16h00min, conforme pactuação entre os participantes da pesquisa, incluindo a pesquisadora. Enquanto os encontros da etapa "Preparando a Oficina" aconteceram no turno matutino, iniciando às 09h00min e finalizando em torno das 11h30min. Ressalta-se que o número de participantes em cada encontro sofreu variações, contando em média com seis a dez pessoas, em função da disponibilidade dos profissionais.

Vale salientar que acompanharam os Encontros de algumas etapas, um professor temporário do Departamento de Nutrição da Universidade Federal do Rio Grande do Norte-UFRN e estudantes dos Cursos de Graduação em Nutrição e Psicologia da UFRN, que na ocasião estavam estagiando na Unidade da Afya, junto à equipe do NASF. Ressalta-se que estes, em alguns momentos, atuaram como observadores/ apoiadores de algumas atividades, possibilitando o fortalecimento da integração ensino-serviços.

[5] Este termo "Temperando Conceitos" foi utilizado por Castro et al(2007) para denominar uma etapa de método educativo descrito no artigo "A culinária na promoção da alimentação saudável: delineamento e experimentação de método educativo dirigido a adolescentes e a profissionais das redes de saúde e de educação". Rev. Nutr., Campinas, 20(6): 571-588, nov./dez. 2007.

O objetivo dos encontros que compuseram o “Temperando Conceitos” foi aprofundar teoricamente os eixos temáticos identificados a partir das percepções dos profissionais. Nesta fase foram realizados quatro encontros que abordaram os seguintes temas: prevenção, promoção da saúde, alimentação adequada e saudável, nos dias 14/02, 07/03, 14/03 e 21/03//14. Foram adotadas diferentes técnicas pedagógicas, no intuito de possibilitar a efetiva participação dos envolvidos e a construção coletiva do saber-fazer.

No primeiro Encontro, iniciamos com a leitura da análise e interpretação que fizemos acerca das percepções dos profissionais. Esse primeiro momento permitiu a interação e troca de opiniões, fortalecendo a importância das contribuições de todos os envolvidos na pesquisa.

Em um segundo momento, abordamos a questão “Existem diferenças entre prevenção e promoção?” a partir da técnica “Tempestade de idéias”, na qual os profissionais emitiram suas opiniões. Encerramos esse primeiro encontro sem respostas fechadas a esta indagação.

No segundo encontro, para contextualizar teoricamente as indagações que afloraram no encontro anterior, utilizamos a estratégia de distribuição aleatória entre os dez participantes de papéis numerados individualmente de 1 a 10, contendo citações bibliográficas embasadas em Buss (2003) e Czeresnia (2003) (Apêndice C). Em seguida, cada participante fez a leitura da sua citação, conforme a ordenação numérica, e logo após, fizemos as reflexões e a discussão coletiva. As anotações desse momento me instigaram a elaborar um texto sucinto, abordando os aspectos que caracterizam as diferenças entre prevenção e promoção (Apêndice D).

No terceiro encontro, o referido texto foi entregue a cada um dos participantes, lido e debatido. Em seguida, foi realizada a leitura coletiva da introdução, objetivos e diretrizes da publicação do Ministério da Saúde referente à Politica Nacional de Promoção à Saúde (Anexo 3). É oportuno destacar que apesar de ter sido publicada em 2006 e dos profissionais presentes saberem da sua existência, grande parte destes não a conhecia.

O quarto encontro abordou o tema alimentação adequada e saudável. Para tanto, realizamos uma vivência na qual foram dispostas em duas mesas, diferentes figuras

e réplicas de alimentos dos diversos grupos, Figura 2 (Anexo 9). Em seguida, solicitamos aos participantes que escolhessem, entre as figuras, aquela que representasse algum alimento que fosse significativo em sua história alimentar. Posteriormente, cada participante apresentou o alimento escolhido e explicou o motivo da escolha. Desta forma, foram iniciadas as reflexões sobre os significados de uma alimentação saudável.

Dando prosseguimento às reflexões, realizamos a leitura dialogada de um texto contento questões conceituais referentes à alimentação adequada e saudável e à educação alimentar e nutricional (Anexo 4), material bibliográfico do Curso Educação Alimentar e Nutricional uma estratégia para a promoção do Direito Humano à Alimentação Adequada, promovido pela rede virtual ideias na mesa, desenvolvida e coordenada pelo Observatório de Segurança Alimentar e Nutrição da Universidade de Brasília, em parceria com o Ministério de Desenvolvimento Social e Combate à Fome.

É oportuno salientar que a realização da dinâmica teve o apoio de um professor do Departamento de Nutrição da UFRN que contribuiu com a coordenação dos debates e o empréstimo das réplicas de alimentos.

A fase seguinte “Refletindo sobre as possibilidades” foi realizada através de três encontros ocorridos nos dias 28/03, 04/04 e 12/05/2014, objetivando a partir dos conceitos construídos e das questões vivenciadas no cotidiano da Estratégia Saúde da Família, refletir sobre as possibilidades para inserção transversal das ações de promoção da alimentação saudável.

Diferentes ferramentas pedagógicas foram adotadas. Iniciamos com o relato de uma situação descrita (Anexo 5) e a partir desta situação indagamos sobre as convergências ou divergências relativas à situação vivenciada pelos participantes da pesquisa, assim como em relação às seguintes questões: O que recebemos como demandas de alimentação e nutrição na nossa realidade de trabalho? Que ofertas podemos fazer na perspectiva da promoção da alimentação saudável?

É importante ressaltar que o encontro do dia 28/03 contou com a participação de duas profissionais da Secretaria Municipal de Saúde, uma que atua no Departamento de Atenção Básica e outra que atua em outro NASF.

A partir das possibilidades elencadas pelos participantes, foram organizados os três encontros da fase posterior “Preparando a Oficina”, que ocorreram nos dias 20/05, 23/05 e 05/06, tendo como participantes cinco profissionais do NASF, já que os demais profissionais não estavam com disponibilidade naquele momento. Iniciamos a preparação com a leitura e discussão do texto “Fazendo Oficina” (Anexo 6). Nos encontros subsequentes, foram discutidos os objetivos da Oficina “Repensando as práticas educativas para promoção da alimentação saudável” e construída sua programação, bem como realizado o planejamento das providências que precisariam ser adotadas para sua realização, definindo-se os respectivos responsáveis.

1.3.3 Oficina “Repensando as Práticas Educativas para Promoção da Alimentação Saudável”: compondo estratégias para a continuidade do trabalho na USF

A Oficina foi realizada no dia 18/06/14, nos dois turnos, com a participação de dezoito pessoas, incluindo as duas pesquisadoras (orientanda e orientadora). As categorias dos profissionais do NASF e da USF da Afya que participaram foram: nutricionista, assistente social, farmacêutico, educador físico, psicólogo, fisioterapeutas, cirurgiã-dentista, técnicos de enfermagem, auxiliar de saúde bucal, agentes comunitários de saúde, auxiliar de farmácia e auxiliar administrativo.

Os objetivos da Oficina foram: refletir sobre as práticas educativas para promoção da alimentação saudável desenvolvidas na USF Afya; relacionar a teoria da educação com as práticas desenvolvidas e elaborar proposta de ações de educação alimentar e nutricional-EAN, no contexto das atividades de promoção da saúde.

A programação (Apêndice E) constou de abertura e boas vindas com um momento musical, através das músicas “O Sol” e “É preciso saber viver” (Anexo 7), seguida de roda de conversa, leitura dialogada de texto “Repensando a nossa prática”(Anexo 8), vivência alimentar – “Percepção dos Alimentos”, Figura 3 (Anexo 10), avaliação da oficina e encerramento com Ciranda.

O almoço foi organizado de forma compartilhada entre a pesquisadora e os profissionais do NASF, tendo sido o cardápio planejado também conjuntamente. O

almoço representou um momento de partilha, de troca e integração entre os participantes da Oficina.

Após o almoço, a programação foi retomada, dando prosseguimento às reflexões e debates e, posteriormente, foi realizada uma vivência. De acordo com Boog (2013, p.187):

> A vivência diz respeito à experiência, a algo que foi visto, ouvido, mas, sobretudo, sentido, quer seja por meio dos órgãos dos sentidos (tato, paladar, olfato, visão, audição), quer seja como sentimento ou emoção. A vivência, como estratégia pedagógica, possibilita percebermos, em profundidade, as nossas próprias disposições psíquicas e culturais para com um objeto.

A estratégia para realização da vivência consistiu em organizar mesa com alimentos (frutas diversas, compotas de frutas, geléia de frutas) e condimentos, como hortelã, manjericão, orégano, pimenta moída (Figura 3). Dando prosseguimento, foi solicitado entre os participantes dois voluntários. Em seguida foi realizada a vendagem dos olhos e explicado a participante que lhe seriam oferecidos alguns alimentos para que inicialmente sentisse seu aroma e depois os provasse. Assim, os alimentos foram levados próximo às narinas para serem cheirados, e posteriormente, oferecidas para degustação.

Após os debates, ao término da vivência, realizou-se a avaliação da Oficina, através de uma palavra expressa por cada participante e por fim, realizamos uma Ciranda, que iniciou um pouco descompassada, porém após alguns acertos no ritmo, os passos entraram em compasso. Deste modo, a Oficina foi encerrada em um clima de integração.

1.4 ASPECTOS ÉTICOS

Este estudo teve seu Projeto submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Hospital Universitário Onofre Lopes-HUOL, da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), conforme Parecer nº 418.761, CAAE nº 18246713.8.0000.5292, cumprindo os princípios éticos de pesquisa contidos na Resolução nº 196 e na Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde.

O Projeto de Pesquisa foi apresentado aos profissionais, em reunião específica para este fim, na qual foi realizada leitura coletiva do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido-TCLE (Anexo 1), onde consta também a autorização de uso de voz e imagem geradas ao longo do estudo. Posteriormente, O TCLE foi assinado pelos profissionais que concordaram em participar do estudo.

Os participantes receberam esclarecimentos sobre a pesquisa, tendo sido assegurado aos mesmos o sigilo e o anonimato quanto aos dados de identificação pessoais.

Após a defesa desta dissertação, pretendemos divulgar e dialogar sobre os resultados junto aos trabalhadores e gestores da Secretaria Municipal de Saúde de Natal, bem como, produzir artigo para publicação.

2 DIALOGANDO SOBRE A PROMOÇÃO DA ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL E DA SAÚDE NO CONTEXTO DA SEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL

2.1 PROMOÇÃO DA ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL: CONCEITOS E DIMENSÕES

O diálogo sobre a promoção da alimentação saudável nos remete a uma reflexão inicial, que diz respeito aos sentidos dados à palavra “promover”. Boog (2013, p.41) abordando essa questão ressalta que:

> Promover significa trabalhar em favor de algo, favorecer a continuidade do que já vem dando certo nesse campo, ser a causa de transformações, empreender esforços no sentido de que algo se realize, fazer algo novo acontecer.

No contexto da alimentação saudável, a promoção implica na necessidade de compreender os aspectos multidimensionais[6] que a envolvem, os quais contemplam desde questões referentes à garantia de um direito humano essencial, até diferentes dimensões que estão interligadas e entremeadas nas diversas esferas da vida em sociedade, tais como: a biológica, a psicossocial, a cultural, a ambiental e a econômica, na perspectiva da promoção da saúde e da realização da Segurança Alimentar e Nutricional.

Para Valente (2002, p.27), “o ato de se alimentar representa uma apropriação do mundo material em direção à construção e reconstrução de nossa humanidade em nível individual e coletivo”. Afirma, ainda, que ao longo de sua evolução, o ser humano desenvolveu uma estreita e complexa relação com o processo alimentar, transformando-o em um “rico ritual de criatividade, de partilha, de carinho, de amor, de solidariedade e de comunhão entre seres humanos e com a própria natureza, permeado pelas características culturais de cada agrupamento humano” (VALENTE, 1997 apud VALENTE, 2002, p.38).

O referido autor destaca que:

[6] A multidimensionalidade é aqui entendida conforme Morin (2000, p.38), segundo o qual “[...] o ser humano é ao mesmo tempo biológico, psíquico, social, afetivo e racional. A sociedade comporta as dimensões histórica, econômica sociológica, religiosa [...]”. Dessa forma, as partes não podem ser dissociadas e tampouco isolarem-se do todo.

> O direito á alimentação passa pelo direito de acesso aos recursos e meios para produzir ou adquirir alimentos seguros e saudáveis que possibilitem uma alimentação de acordo com os hábitos e práticas alimentares de sua cultura, de sua região ou de sua origem étnica. Ao comer, portanto, não só satisfazemos nossas necessidades nutricionais, como também, nos refazemos nos construímos e nos potencializamos uns com os outros como seres humanos em nossas dimensões orgânicas, intelectuais, psicológicas e espirituais (VALENTE, 2002, p.38).

Cabe destacar que, no campo das terminologias são adotadas diferentes expressões: alimentação saudável, alimentação adequada e saudável, alimentação adequada. O Ministério da Saúde fez opção pelo adjetivo saudável, em função da necessidade de enfatizar a relação entre alimentação e saúde, diante da gravidade do perfil de doenças que caracterizam o quadro epidemiológico do país, nas quais a alimentação é fator determinante (BURITY et al.,2010).

Para o Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional-CONSEA que adota a denominação “adequada e saudável”, existe uma conexão e complementariedade entre os termos “saudável” e “adequada”. O adjetivo “saudável” expressa a dimensão biológica, enquanto o “adequada” está contemplado no Comentário Geral nº 12 dos Direitos Econômicos e Sociais/ONU, abrangendo outras dimensões como: cultura, prazer, hábitos, comensalidade, regionalidade, etnia, gênero, além do acesso, da sustentabilidade e da biodiversidade.

A Organização das Nações Unidas-ONU adota o termo *adequada*, compreendendo os aspectos referidos anteriormente. Nesse sentido, a partir das construções históricas, ao longo dos anos, o conceito vem sofrendo modificações, cujas diferenças estão relacionadas aos enfoques e elementos que se quer enfatizar.

Atualmente, no contexto da Segurança Alimentar e Nutricional pode-se destacar três conceitos. O conceito adotado pela ONU, muito usado por diversas entidades de direitos humanos, valoriza a alimentação como um direito vinculado à dignidade humana, conforme podemos evidenciar, a seguir:

> A alimentação é adequada quando todos tem acesso regular, permanente e irrestrito a alimentos seguros e saudáveis, em quantidade e qualidade adequadas e suficientes e que garanta uma

> vida livre do medo e plenas nas dimensões física e mental, individual e coletiva. Não contenha substâncias adversas acima do estabelecido por legislação. A alimentação adequada é um direito humano universal, exigível e com estreito vínculo com a dignidade humana (BURITY, et al.2010,p.164).

O Ministério da Saúde do Brasil define como alimentação saudável:

> A prática alimentar apropriada aos aspectos biológicos e socioculturais dos indivíduos, bem como ao uso sustentável do meio ambiente. Ou seja, deve estar em acordo com as necessidades alimentares especiais; referenciada pela cultura alimentar e pelas dimensões de gênero, raça e etnia; acessível do ponto de vista físico e financeiro; harmônica em quantidade e qualidade; baseada em práticas produtivas adequadas e sustentáveis com quantidades mínimas de contaminantes físicos, químicos e biológicos(BRASIL, 2012, p.31)

O Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional-CONSEA adota o conceito construído e referendado na III Conferência Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional, segundo o qual, a alimentação adequada e saudável é:

> A realização de um direito humano básico, com a garantia ao acesso permanente e regular, de forma socialmente justa, a uma prática alimentar adequada aos aspectos biológicos e sociais dos indivíduos, de acordo com o ciclo de vida e as necessidades alimentares especiais, pautada pelo referencial tradicional local. Deve atender aos princípios da variedade, equilíbrio, moderação e prazer (sabor), às dimensões de gênero e etnia, e às formas de produção ambientalmente sustentáveis livres de contaminantes físicos, químicos e biológicos e de organismos geneticamente modificados (CONSEA, 2007).

O conceito de alimentação saudável e adequada é um ponto comum que faz a conexão entre três conceitos chaves: promoção da saúde, segurança alimentar e nutricional e direito humano à alimentação adequada. O Direito Humano à Alimentação apresenta duas dimensões indivisíveis: o direito de estar livre da fome e da má nutrição e o direito à alimentação adequada (BURITY et al,2010).

A alimentação adequada é um direito humano básico, que foi reconhecido no Pacto Internacional de Direitos Humanos, Econômicos, Sociais e Culturais-PIDESC, convenção organizada pela Organização das Nações Unidas-ONU, em 1966. No Brasil, a alimentação foi reconhecida como direito social incorporado no Artigo 6º da Constituição Federal, em 2010, após a aprovação da Emenda Constitucional 064/10, que incluiu o direito à alimentação entre os direitos sociais individuais e coletivos,

após intenso processo de mobilização de entidades dos movimentos sociais e instâncias de participação e controle social, como o Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional-CONSEA.

Portanto, as terminologias e os conceitos adotados expressam as conexões e inter-relações existentes entre as várias dimensões da alimentação, bem como, explicitam as demandas e as construções históricas de lutas específicas, na perspectiva do DHAA e da promoção da saúde.

2.2 O SUS E A PROMOÇÃO DA ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL: CONEXÕES E CONTRADIÇÕES

No âmbito do Sistema Único de Saúde-SUS, como já referimos anteriormente na introdução, a promoção da alimentação saudável - PAS é diretriz da Política Nacional de Alimentação e Nutrição – PNAN e uma das vertentes da Política Nacional de Promoção da Saúde. A implantação dessa diretriz da PNAN, conforme explicitado no texto da referida Política, fundamenta-se nas dimensões de incentivo, apoio, proteção e promoção da saúde, com a articulação de iniciativas focadas em cinco eixos, quais sejam:

> Políticas públicas saudáveis; criação de ambientes favoráveis à saúde nos quais indivíduos e comunidades possam exercer o comportamento saudável; o reforço da ação comunitária; o desenvolvimento de habilidades pessoais por meio de processos participativos e permanentes; e a reorientação dos serviços na perspectiva da promoção da saúde(BRASIL, 2012, p.32).

A efetivação dessas políticas, segundo a PNAN, pressupõe o compromisso do setor saúde na articulação e desenvolvimento de ações intersetoriais em diferentes esferas de governo e junto à sociedade, o que implica na responsabilização e atuação das equipes de saúde para além das unidades que compõem a rede de atenção, inserindo-se também em outros espaços sociais e dialogando com outros setores e políticas envolvidas com a promoção de uma alimentação saudável (BRASIL, 2012), o que exige processos de trabalho centrados na construção coletiva, tema abordado no quarto capítulo dessa dissertação

As vertentes de atuação do Ministério da Saúde referentes à Promoção da Alimentação Saudável incluem medidas de incentivo, de proteção e de apoio. As

medidas de incentivo são aquelas que difundem informação e possibilitam práticas educativas que motivam os indivíduos para a adoção de práticas saudáveis. Medidas de apoio são aquelas que tornam mais factível a adesão a práticas saudáveis por indivíduos e coletividades informados e motivados. E as medidas de proteção são as ações de caráter regulatório, que impedem que coletividades e indivíduos fiquem expostos a fatores e situações que estimulem práticas não saudáveis (BRASIL, 2007).

No âmbito mundial, diante da alarmante elevação das doenças crônicas não transmissíveis, a Organização Mundial de Saúde-OMS publicou, em 2004, uma proposta de Estratégia Global para a Promoção da Alimentação Saudável, Atividade Física e Saúde que traz elencadas no seu documento final as seguintes recomendações específicas referentes à dieta:

> Limitar a ingestão energética procedente de gorduras; substituir as gorduras saturadas por gorduras insaturadas e eliminar as gorduras trans; aumentar o consumo de legumes, verduras e frutas, assim como, de leguminosas e cereais integrais; limitar a ingestão de açúcar livre; limitar a ingestão de sódio de toda procedência e consumir sal iodado; buscar manter o equilíbrio energético para controle de peso saudável (BRASIL, 2006b, p.18).

No Brasil, documentos publicados pelo Ministério da Saúde, como o Guia Alimentar para a População Brasileira, corroboram com as recomendações apresentadas pela Estratégia Global e apresentam alguns atributos básicos que devem contemplar uma alimentação saudável, quais sejam: Acessibilidade física e financeira; Sabor; Variedade; Cor; Harmonia e Segurança sanitária (BRASIL, 2006b).

Ressalta-se que, no contexto atual, o Guia está em processo de revisão. Foi elaborada uma proposta que foi submetida à consulta pública pela Coordenação Geral de Alimentação e Nutrição do referido Ministério. Vale salientar que o Ministério da Saúde promoveu Oficinas nos Estados com esta finalidade e que várias entidades e profissionais dos diversos estados e municípios brasileiros opinaram sobre essa proposta, com publicização do seu posicionamento como o Sistema CFN/CRN - Conselhos Federal e Regionais de Nutricionistas, e o Grupo Técnico de Alimentação e Nutrição da Associação Brasileira de Saúde Coletiva-ABRASCO.

A promoção da alimentação saudável é um processo que não é apenas responsabilidade individual de cada pessoa durante as suas escolhas alimentares e preparo dos alimentos; diz respeito também, as obrigações do Estado, enquanto responsável pela implantação de políticas públicas, que visem o bem estar e qualidade de vida da população. Assim, o Direito Humano à Alimentação Adequada é um direito de todos os cidadãos e também obrigação do Estado, tanto em âmbito federal quanto estadual e municipal, portanto o Estado deve respeitar proteger, promover e prover o DHAA (BRASIL, 2010).

Faz-se importante ressaltar que a garantia de uma alimentação adequada e saudável, na mesa de cada pessoa ou família, inicia-se antes do preparo de uma refeição, uma vez que sofre influências de vários aspectos envolvidos no sistema alimentar que são determinantes para a qualidade do alimento que será consumido. Esses aspectos referem-se à forma como o alimento é produzido, à qualidade das sementes, da água e do solo utilizados no plantio, à sustentabilidade ambiental da produção, o uso ou não de agrotóxicos, à forma da colheita, processamento, abastecimento, comercialização e distribuição, e às relações de trabalho estabelecidas nesse processo (BURITY et al, 2010).

No Brasil, considerando o conceito adotado de Segurança Alimentar e Nutricional, no qual a preservação do meio ambiente e/ou o uso sustentável da biodiversidade, bem como a existência de processos sustentáveis e integrados em todas as fases do sistema alimentar, são condições essenciais, constata-se que a promoção da alimentação saudável depara-se com inúmeras contradições e desafios nesta área, com destaque para a utilização de agrotóxicos e organismos geneticamente modificados, os chamados transgênicos.

No período entre 2001 e 2008, segundo Londres (2011), o uso de agrotóxicos no Brasil assumiu proporções assustadoras, o que o levou a alcançar a triste posição de maior consumidor mundial de venenos agrícolas. De acordo com dados do SINDAG - Sindicato Nacional da Indústria de Produtos para Defesa Agrícola, nesta época, a venda saltou de aproximadamente US$ 2 bilhões para mais US$ 7 bilhões. Foram 986,5 mil toneladas de agrotóxicos aplicados. Em 2009, o consumo foi ampliado e foi ultrapassada a marca de um milhão de toneladas, representando uma relação de 5,2 kg de veneno por habitante.

A referida autora destaca ainda que, nos últimos anos, o Brasil se tornou também o principal destino de produtos banidos no exterior, salientando que segundo dados da Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA são usados nas lavouras brasileiras pelo menos dez produtos proscritos na União Europeia (UE), Estados Unidos, China e outros países.

Esses dados são ratificados por Santos (2012) no Dossiê com o título “Um Alerta sobre o impacto dos agrotóxicos na saúde”, lançado pela Associação Brasileira de Saúde Coletiva-ABRASCO, em 2012, durante o X Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva, realizado na cidade de Porto Alegre-RS, quando ressalta que nos últimos três anos o Brasil vem ocupando o lugar de maior consumidor de agrotóxicos no mundo, alguns deles já proibidos em outros países.

Esse autor destaca ainda que “os dados mostram inequivocamente que o processo produtivo agrícola brasileiro está cada vez mais dependente dos agrotóxicos e fertilizantes químicos” (SANTOS, 2012, p.12).

Em 2010, o Brasil representou 19% do mercado mundial de agrotóxicos, à frente dos EUA, que representou 17%. Na safra, que envolve o segundo semestre de 2010 e o primeiro semestre de 2011, o mercado nacional de venda de agrotóxicos movimentou 936 mil toneladas de produtos, sendo 833 mil toneladas produzidas no País, e 246 mil toneladas importadas A quantidade de fertilizantes químicos por hectare (kg/ha) chama a atenção na soja (200 kg/ha), no milho (100 kg/ha) e no algodão (500 kg/ha). Confirma-se plenamente a relação entre agrotóxicos e monocultura. As maiores concentrações de utilização de agrotóxicos coincidem com as regiões de maior intensidade de monoculturas de soja, milho, cana, cítricos, algodão e arroz. Mato Grosso é o maior consumidor de agrotóxicos, representando 18,9%, seguido de São Paulo (14,5%), Paraná (14,3%), Rio Grande do Sul (10,8%), Goiás (8,8%), Minas Gerais (9,0%), Bahia (6,5%), Mato Grosso do Sul (4,7%), Santa Catarina (2,1%) (Ibidem)

Castro (2013), em artigo que aborda reflexões sobre a alimentação no contexto contemporâneo, apresenta como aspectos centrais a estrutura e a dinâmica de funcionamento dos sistemas agroalimentares, destacando que no caso brasileiro, caracterizam-se pelo emprego de métodos em toda a cadeia alimentar que

produzem degradação de ecossistemas sustentáveis, além de serem marcados pela concentração de etapas dessa cadeia em grandes corporações transnacionais de insumos e sementes, indústrias de alimentos e megaredes de varejistas. Destaca que esse modelo de sistema agroalimentar:

> Reproduz desigualdades sociais no acesso a terra, água, energia e renda. Apresenta ineficiência em todas as etapas da cadeia, gerando desperdício e aumento do preço dos produtos, promove o deslocamento do consumo de alimentos minimamente processados para o de ultraprocessados, prontos para consumo, levando à deterioração de culturas alimentares tradicionais e à diminuição da diversidade alimentar (CASTRO, 2013, p.7).

A referida autora, frente ao questionamento sobre: O que é preciso fazer para avançar na promoção da alimentação saudável, na consolidação da Segurança Alimentar e Nutricional e no controle da obesidade? aponta três eixos de reflexões necessárias para as áreas de saúde e de alimentação e nutrição:

> Ampliar o horizonte de análise da questão alimentar; ressignificar a comida e o comer, resgatando seu sentido existencial e ampliando a consciência de sua dimensão política; e inovar no desenho e nos processos de trabalho das políticas públicas(CASTRO, 2013, p.7).

A PNAN, na sua edição revisada, apresenta princípios que somados aos princípios doutrinários e organizativos do SUS, devem orientar as suas ações. Esses princípios são: a alimentação como elemento de humanização das práticas de saúde, considerando que a abordagem relacional da alimentação e nutrição, ou seja, a alimentação enquanto expressão das relações sociais, valores e história dos indivíduos e grupos populacionais, contribui para o reconhecimento da centralidade do ser humano no processo de produção de saúde; o respeito à diversidade e à cultura alimentar; o fortalecimento da autonomia dos indivíduos e a determinação social e a natureza interdisciplinar e intersetorial da alimentação e nutrição(BRASIL,2012).

Neste contexto, a intersetorialidade, um dos fundamentos essenciais para a promoção da saúde constitui-se em um dos grandes desafios das políticas públicas.

Costa (2014) em texto que aborda a intrínseca relação entre intersetorialidade e promoção da saúde no atual contexto de desenvolvimento do SUS, afirma que:

> Do ponto de vista político e institucional, avançar em direção à construção de práticas moldadas pela intersetorialidade requer democratizar as relações entre Estado e sociedade, com efetiva gestão participativa, em amplos debates públicos (COSTA, 2014, p.209).

A autora enfatiza ainda que “incorporar a intersetorialidade, mais que uma decisão política, constitui uma necessidade e condição fundamental para a efetivação do direito à saúde em sentido amplo” (COSTA, 2014, p.210).

> Incorporar a intersetorialidade, necessariamente, requer efetiva mudança de modelo assistencial e gerencial, de forma que, no mínimo, no campo da seguridade se estabeleçam pactuações conjuntas nos momentos de formulação e aprovação dos planos anuais, plurianuais e previsão orçamentária (Ibidem).

Neste sentido, é de fundamental importância reconhecer as conexões existentes entre promoção da saúde, alimentação saudável e segurança alimentar e nutricional, na perspectiva de se buscar articular diferentes políticas públicas que possam produzir através do diálogo, da troca de experiências, e de ações integradas e efetivas, as melhorias necessárias no sistema alimentar, fortalecendo a agroecologia e garantindo a disponibilidade e consumo de alimentos adequados e saudáveis.

3 PROMOÇÃO DA SAÚDE, ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL E EDUCAÇÃO ALIMENTAR E NUTRICIONAL: PERCEPÇÕES DOS PROFISSIONAIS.

> [...] Mas a vida, a vida, a vida, A vida só é possível, reinventada. (CECÍLIA MEIRELES apud CAMPOS, 2006, p.73)

Neste capítulo, apresentamos as percepções dos profissionais acerca dos significados de promoção da saúde, de alimentação saudável e de educação alimentar e nutricional, identificadas a partir do CHD e das reflexões e debates que ocorreram nos Encontros Temáticos Reflexivos “Temperando Conceitos”.

A elaboração do conceito de promoção da saúde vem sendo construída por diversos atores, em diferentes conjunturas e formações sociais (BUSS, 2003).

Czeresnia e Freitas (2003, p.9) afirmam que a referência à idéia de promoção da saúde se constitui em elemento central da chamada “nova saúde pública” coletiva e ressaltam que “o discurso de promoção da saúde não é homogêneo e apresenta contradições que correspondem a interesses divergentes”.

Para Campos (2006), a promoção da saúde, no Brasil, é um tema que tem provocado controvérsias, evidenciando-se no Sistema Único de Saúde-SUS formas de concepções distintas, quais sejam: uma que prioriza os efeitos nocivos de comportamentos e hábitos relacionados à alimentação inadequada, ao uso do tabaco e ao sedentarismo, normatizando estilos de vida e culpabilizando o indivíduo, e outra, que “aparece vinculada à cidadania, à autonomia de sujeitos e coletividades na construção de seus modos de viver” (CAMPOS, 2006, p.11).

> Uma promoção à saúde que, antropofagicamente, faz-se à brasileira na defesa do SUS, de políticas públicas que dispensam o adjetivo saudável, porque comprometidas com a equidade e a justiça social (Ibidem).

Vasconcelos e Schmaller (2014) afirmam que o significado de promoção da saúde configura-se em palco de tensões teóricas e filosóficas apresentando contradições decorrentes dos vários interesses ideopolíticos. As autoras ressaltam a distinção de concepções que vão desde as percepções focadas nas mudanças dos estilos de vida dos indivíduos, ao discurso de redução do papel do Estado quanto à garantia dos direitos sociais, até as abordagens críticas ao sistema capitalista.

A noção de “promoção da saúde” foi utilizada inicialmente na primeira metade do século XX, por Winslow, em 1920 como um campo da saúde pública, e por Henry Sigerist, em 1946, como uma das tarefas essenciais da medicina. Para esses autores promover saúde envolvia ações nas esferas biológica, ambiental, econômica e social e exigia um esforço da comunidade organizada para alcançar políticas que melhorassem as condições de vida da população (BUSS, 2003; SOARES, 2010).

Ao longo dos anos, o significado do termo “promoção da saúde” foi se modificando. No presente estudo, evidenciamos que as percepções dos profissionais quanto ao significado de promoção da saúde (Apêndice B, Quadro 4) expressam as polissemias conceituais relatadas na literatura, predominando a associação com a prevenção de doenças e agravos, a relação com a qualidade de vida e o bem estar, em suas várias dimensões, a promoção da saúde relacionada às ações de educação em saúde e a promoção da saúde como responsabilidade do Estado e expressão da resolutividade e acessibilidade aos serviços de saúde. Entretanto, também aparece questões referentes à autonomia dos sujeitos e coletivos, ao auto-cuidado, à co-responsabilização e à intersetorialidade, porém com enfoque voltado às mudanças de hábitos e atitudes, conforme demonstrado em alguns depoimentos dos profissionais, a seguir:

> Envolve prevenir, tratar, orientar, investir na qualidade de vida do ser humano respeitando os aspectos gerais (sociais, econômicos, epidemiológicos, demográficos, etc).
>
> É toda ação que gere bem estar físico, mental, social e emocional. É proporcionar ao outro, meios de prevenção, tratamento e recuperação de saúde. É promover bem estar geral para uma melhor qualidade de vida.
>
> É o que o Estado oferece para a comunidade, através dos nutricionistas, palestras.
>
> É o usuário ter acesso aos programas de saúde oferecidos pelo SUS, independente de sua cor, raça ou posição social e idade. Além de o acesso ter resposta no cuidado saúde-doença.
>
> Um conjunto de políticas e práticas que promovam qualidade de vida, previna doenças, provoque mudanças de atitudes e hábitos de vida, que produza bem estar, prazer, alegrias, informação, auto-cuidado, possibilitando a co-responsabilidade e autonomia no modo de se cuidar individualmente e coletivamente.

A associação da promoção da saúde com a prevenção de doenças e agravos, e a relação com as ações de educação em saúde podem ser correlacionadas com o surgimento da Medicina Preventiva, quando em 1965, o conceito de "promoção da saúde" foi incorporado ao modelo da História Natural das Doenças, proposto por Leavell e Clark, constituído por três níveis de prevenção, nos quais existiriam cinco componentes distintos, passíveis de aplicação de medidas preventivas, de acordo com o grau de conhecimento da história natural da doença, dentre esses a promoção da saúde (TEIXEIRA, 2006).

Deste modo, a promoção da saúde configurava-se como um nível de atenção da medicina preventiva, entendida como um conjunto de atividades desenvolvidas no “nível de prevenção primária”, ou seja, a promoção da saúde estava situada na primeira fase da prevenção e estava relacionada com medidas que tinham como objetivo ampliar a saúde e o bem-estar gerais, não se dirigindo à determinada doença ou agravo. Para tanto, os autores do referido modelo apontavam como elementos importantes a educação e motivação sanitárias (BUSS, 2003).

No presente estudo, observamos certa confusão no entendimento dos profissionais quanto às diferenças entre os conceitos de prevenção e promoção, expressas pelas seguintes indagações:

> A distribuição de escova e de insulina é prevenção ou promoção?
>
> A pessoa é encaminhada para outro serviço e não tem o dinheiro da passagem de ônibus. E aí? O ônibus, o transporte não é nossa responsabilidade, já é de outro setor!
>
> A promoção só existe com a intersetorialidade?
>
> Eu acho que quando prevenimos as doenças, também estamos promovendo saúde!
>
> É... Eu acho que a gente faz mais prevenção do que promoção, né?

Estas questões foram refletidas e debatidas nos Encontros Temáticos e pareceu-nos que esta confusão conceitual, pode ser advinda, em parte, conforme afirma Buss (2003, p.34), da “grande ênfase em modificações de comportamento individual e do foco quase exclusivo na redução de fatores de riscos para determinadas doenças, vigentes em certos programas intitulados de promoção da

saúde". O referido autor enfatiza ainda que "este foco sobre o indivíduo e seu comportamento tem sua origem na tradição da intervenção clínica e no paradigma biomédico" (Ibidem).

Castro et al & Gosch et al (2010) destacam que, no Brasil, a incorporação dessa concepção de Leavell e Clark ao discurso da Medicina Comunitária tem orientado o estabelecimento de níveis de atenção nos sistemas e serviços de saúde que vigoram até hoje.

Cabe destacar ainda que, no campo da atenção à saúde, alguns autores como Buss (2003) e Onocko Campos (2006) enfatizam que a prevenção, a clínica e a promoção, apesar de serem diferentes, e possuírem especificidades, não devem ser separadas, pois, estão imbricadas e se complementam na busca integrada pela produção de saúde.

Para Souza (2011, p.195), "entre a Clínica e a Saúde Coletiva há um campo de multiplicidades de forças que se entrecruzam, e é na sua potência que podemos criar outras possibilidades de atuação/intervenção". Citando Benevides de Barros (1994, p.290-291) destaca:

> Mudar de lógica é também criar outros dispositivos que permitam saídas para as dicotomias que operam no social, colocando de um lado "o social" e de outro "o indivíduo", de um lado "o político", de outro "o desejo", de um lado a "macropolítica" de outro a "micropolítica". [...] O que se propõe é a percepção de que cada uma destas duas dimensões, destes dois campos, tem seu modo de funcionamento, mas se infiltra no outro, fazendo com que se multipliquem os agenciamentos que produzem as singularidades.

No que diz respeito à relação da promoção da saúde com a qualidade de vida e o bem estar, em suas várias dimensões, evidencia-se que essa abordagem teve ênfase na década de 70, quando o debate sobre a promoção da saúde assumiu configuração de um "movimento" internacional, emergindo diante de um contexto sócio-político de crise estrutural do capitalismo, caracterizado, de um lado, pela busca de corte nos gastos públicos e enxugamento do Estado, no que se refere às políticas sociais, conforme os ditames da ideologia neoliberal e, por outro, pela luta por mudanças no modelo sanitário, em resposta às críticas acerca da eficiência do modelo médico-assistencial curativo, tendo como preocupação central a

necessidade de controlar os custos crescentes decorrentes desse modelo, frente às constatações que a elevação desses custos não se expressava no aumento da qualidade de vida e saúde da população (VASCONCELOS & SCHMALLER, 2014).

Em 1974, foi publicado e divulgado pelo governo do Canadá, o documento conhecido como Informe Lalonde, em homenagem ao Ministro da Saúde Canadense daquela época, Marc Lalonde. O referido documento questionava o papel exclusivo da medicina na resolução dos problemas de saúde, incluindo no campo da saúde quatro amplos elementos: biologia humana, meio ambiente, estilos de vida e organização da atenção à saúde, e atribuindo ao governo a responsabilidade por medidas para o controle de fatores que influenciavam o meio ambiente, tais como: a poluição do ar, a eliminação dos dejetos humanos, águas servidas e outros.

Dessa maneira, o Informe Lalonde buscava ultrapassar a visão tradicional de saúde centrada nos serviços assistenciais, e relacionava a concepção de "promoção da saúde" com a priorização de medidas preventivas e programas educativos com foco nas mudanças comportamentais e de estilos de vida, inserindo-se na corrente comportamentalista da Promoção da Saúde, apesar de apontar aspectos referentes à complexidade da produção social da saúde (WESTPHAL, 2006; CARVALHO, 2010).

As idéias do Informe Lalonde foram divulgadas para diversas partes do mundo, sob a coordenação da Organização Mundial de Saúde-OMS, espalhando práticas focadas na modificação de hábitos, estilos de vida e comportamentos individuais considerados não saudáveis (VASCONCELOS&SCHMALLER, 2014).

Outro marco importante para a promoção da saúde foi a Conferência de Alma-Ata, realizada em 1978, na qual a saúde foi pela primeira vez num documento oficial internacional, reconhecida como um direito humano fundamental, a ser assegurado por parte dos governantes, através de ações sanitárias e sociais, na perspectiva de promover e proteger a saúde de todos os povos. Nesse sentido, a Conferência traz à tona o debate sobre os determinantes sociais da saúde-DSS atrelado à importância da promoção da saúde e da intersetorialidade, retomando a perspectiva socioambiental da Promoção da Saúde (CASTRO, 2003; WESTPHAL, 2012; VASCONCELOS&SCHMALLER, 2014).

Em relação às percepções dos profissionais, identificadas neste estudo, referentes à promoção da saúde como responsabilidade do Estado e expressão da resolutividade e acessibilidade aos serviços de saúde, bem como envolvendo as questões relacionadas à autonomia dos sujeitos e coletivos, ao auto-cuidado, a co-responsabilização e a intersetorialidade, observamos que têm correlação com o que nos fala Buss(2003) quando ressalta que, somente a partir dos anos 80, o significado de promoção da saúde passou a representar um enfoque político e técnico em torno do processo saúde-doença-cuidado.

Nesta perspectiva, em 1981,o Canadá realizou a sua "Primeira Conferência Nacional de Saúde", na qual o debate sobre a promoção da saúde caminhou para outra direção, baseada na atuação sobre as iniqüidades sociais, passando de sua base nos estilos de vida à nova orientação centrada nos fatores sociais e ambientais(FERREIRA&BUSS,2002).

Nesta época, segundo Castro et al e Gosch et al(2010,p.19),

> O termo "promoção da saúde", relacionado com autonomia e emancipação passou a ser mais utilizado por profissionais de saúde insatisfeitos com as abordagens verticais e normativas, planejadas e implementadas sem a participação dos diferentes atores envolvidos.

As referidas autoras destacam ainda que, em 1984, alguns desses profissionais organizaram o Congresso Canadense de Saúde Pública, com o tema "Para além da assistência à saúde". Nesse evento, foram avaliados os progressos da população canadense, no campo da saúde, após dez anos de publicação do Informe Lalonde, e foram firmados os princípios de uma nova proposta de Promoção da Saúde, orientada pela participação social no processo de tomada de decisões sobre as ações de saúde, pela sustentabilidade ambiental e por objetivos de busca da equidade por meio de ações intersetoriais. Ao final desse Congresso foi lançado por Leonard Duhl, o ideário de "Cidades Saudáveis" como uma utopia a ser alcançada.

Segundo Ferreira e Buss (2002, p.12-13), admitiu-se com isso:

> A influência na situação de saúde a partir de decisões políticas externas ao setor saúde e com a idéia de "cidade saudável" avançou-se no conceito de "empoderamento" e participação social, promovendo saúde através da descentralização do poder às comunidades locais. A estratégia de atenção primária de saúde (Alma-Ata) com o enfoque multissetorial, o envolvimento comunitário

> e os componentes de tecnologia apropriada reforçaram a promoção na direção da saúde ambiental.

Foram inseridos no debate da promoção da saúde, dois novos conceitos: o de política pública saudável e o de cidade saudável ou comunidade saudável (FERREIRA&BUSS, 2002).

A partir de 1984, diante da evidência das relações existentes entre os conceitos de atenção primária à saúde, promoção da saúde e cidades saudáveis, e da motivação produzida pelos eventos relatados anteriormente, a Organização Mundial de Saúde incorpora oficialmente a discussão sobre a “nova promoção da saúde” e as proposições a ela relacionadas, realizando em novembro de 1986 a I Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, em Ottawa, Canadá, em colaboração com a Associação Canadense de Saúde Pública (FERREIRA&BUSS, 2002; VASCONCELOS&SCHMALLER, 2014).

Esse evento é considerado um marco conceitual e político relevante da chamada “nova promoção da saúde”. Durante a Conferência, os profissionais aprovaram um documento, denominado de Carta de Ottawa que estabeleceu como condições e recursos fundamentais para a saúde: a paz, a habitação, a educação, a alimentação, a renda, os recursos sustentáveis, o ecossistema estável, a justiça social e a equidade. Preconizou, ainda, cinco campos de ação para a promoção da saúde: elaboração e implementação de políticas públicas saudáveis; criação de ambientes favoráveis à saúde; reforço da ação comunitária; desenvolvimento de habilidades pessoais e reorientação do sistema de saúde (BUSS, 2003).

A Carta de Ottawa conceituou a promoção da saúde como:

> O processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo. Para atingir um estado de completo bem-estar físico, mental e social os indivíduos e grupos devem saber identificar aspirações, satisfazer necessidades e modificar favoravelmente o meio ambiente. A saúde deve ser vista como um recurso para a vida, e não como objetivo de viver. Nesse sentido, a saúde é um conceito positivo, que enfatiza os recursos sociais e pessoais, bem como as capacidades físicas. Assim, a promoção da saúde não é responsabilidade exclusiva do setor saúde, e vai para além de um estilo de vida saudável, na direção de um bem-estar global (BRASIL, 2002, p.20).

A Organização Mundial de Saúde-OMS estabeleceu como princípios da promoção da saúde: concepção “holística” da saúde, baseada na compreensão da multicausalidade do processo saúde-doença e de seus determinantes sociais; equidade; intersetorialidade; empoderamento; participação social; ações multi-estratégicas que incluem legislação, medidas fiscais, taxações e mudanças organizacionais; e a sustentabilidade (WHO, 1998).

Teixeira (2006) afirma que a inserção da promoção da saúde na Atenção Primária à Saúde-APS, vem configurando-se, nos últimos vinte anos, pela formulação de políticas, programas e projetos de reforma na organização e gestão das ações e serviços de saúde, em vários níveis de governo, em consonância com o processo de consolidação do Sistema Único de Saúde-SUS, nas distintas conjunturas. No entanto, somente em 2006, o Ministério da Saúde lança uma Política Nacional de Promoção da Saúde.

Deste modo, é oportuno salientar uma questão que nos chamou a atenção em nossa pesquisa, que foi o desconhecimento de grande parte dos profissionais em relação ao texto da Política Nacional de Promoção da Saúde-PNPS. Durante um dos Encontros Temáticos Reflexivos, os profissionais presentes afirmaram saber da existência desta Política, porém, não conheciam o texto publicado. Realizamos a leitura coletiva de alguns componentes do texto da PNPS, publicado pelo Ministério da Saúde na Série Pactos pela Saúde, como a introdução, os objetivos e as diretrizes.

Essa constatação nos levou às seguintes reflexões: Será que esse desconhecimento é decorrente da formação profissional em saúde? Ou da forma de desenvolvimento dos processos de educação permanente? Ou da forma de organização dos processos de trabalho que, muitas vezes, privilegiam as atividades curativas, não possibilitando espaços de estudo e reflexão? Ou do cansaço e falta de motivação que levam profissionais a não se reconhecerem enquanto sujeitos com capacidade transformadora?

Essas indagações talvez possam encontrar explicações no pensamento complexo[7]. Neste sentido, Morin (2005, p.21-22) nos fala que:

> O pensamento complexo requer um pensamento que capte relações, inter-relações, implicações mútuas, fenômenos multidimensionais. [...] Um pensamento organizador que conceba a relação recíproca entre todas as partes. Se todas as coisas são causadas e causantes, ajudadas e ajudantes, mediatas e imediatas e mantidas por uma ligação material e insensível que as sujeitam, torna-se impossível conceber as partes sem conceber o todo e tampouco o todo sem conceber as partes.

O conjunto de fatores inter-relacionados, de diferentes dimensões, envolvendo questões no âmbito das políticas gerais e setoriais, bem como aspectos subjetivos parecem contribuir para o referido desconhecimento.

As percepções dos profissionais acerca dos significados de promoção da saúde expressam concepções do processo saúde-doença-cuidado que orientam suas práticas.

Conforme se verificou neste estudo, a promoção da saúde é um conceito amplo que abarca diferentes significados. Entretanto, observa-se que apesar das modificações, ao longo dos anos, as percepções referentes à promoção da saúde, ainda estão muito vinculadas à visão biologicista, curativa, prescritiva, tendo como foco a "receita de estilos de vida" considerados saudáveis.

Para Onocko Campos (2006) é fundamental incorporar ao campo da promoção os aspectos relacionados aos processos de subjetivação e de conformação de sujeitos, buscando:

> Sair das receitas prontas e interrompendo a visão estereotipada de nós e dos outros (os pobres, os coitados, os que não sabem), na qual sempre são os outros os que têm de mudar, apreender, incorporar. Promover a saúde, ou trabalhar em prol da produção de saúde demanda outra atitude como cidadãos, profissionais, membros de equipes de saúde, sendo necessário distinguir, e não separar, a clínica e a promoção, que são diferentes, possuem especificidades e

[7] A palavra complexo deriva do latim *complexus,* significa tecido em conjunto, interligado. Para Morin (2002, p.38), "a complexidade é a união entre a unidade e a multiplicidade".

> ritmos próprios, porém precisam andar juntas (CAMPOS, 2006, p.70-71).

A esse respeito, Souza (2011, p.195), ressalta a importância do estabelecimento de um permanente diálogo entre o conhecimento epidemiológico e o Clinico, a Saúde Coletiva e a Clínica, bem como da possibilidade de produzir o encontro desses saberes com outros, permitindo assim, a construção coletiva, a reinvenção, a criação.

No âmbito do SUS, a publicação da Política Nacional de Promoção da Saúde, em 2006, ratificou o compromisso deste Sistema com a construção de práticas de saúde transversais, capazes de produzir uma aproximação comum e interligar conceitos estruturantes como: o cuidado, a equidade, a autonomia, a abordagem territorial, a participação social, a integralidade, a intersetorialidade, as redes sociais e a sustentabilidade. Isso implica na necessidade de romper com o dualismo e a divisão entre as ações clínicas e as de promoção e de prevenção, bem como, superar a fragmentação das áreas técnicas e a desarticulação entre as ações de saúde e as ações intersetoriais, em todas as esferas de governo (CASTRO et al&GOSCH et al ,2010).

Soares (2010, p.139) destaca:

> a necessidade de revalorizar concepções antigas no debate atual e reincorporar a reflexão filosófica nas questões de saúde que intimamente estão ligadas à justiça, à dignidade e à democracia, considerando que promover a saúde implica escolhas e, portanto, responsabilidades, o que só pode ser discutido à luz de uma dimensão ética, que considere as noções de autonomia e valor. [...] Uma forma de trazer para o campo da saúde um sujeito que se coloque como cidadão de um mundo melhor, preocupado com o progresso moral da humanidade.

Para Pedrosa (2006, p.79),

> a proposta da promoção da saúde vem se constituindo como produção conceitual, metodológica e instrumental que tem como pilares a amplitude e complexidade do conceito de saúde, a discussão acerca da qualidade de vida, o pressuposto de que a solução dos problemas está no potencial de mobilização e participação efetiva da sociedade, o princípio da autonomia dos indivíduos e das comunidades e o reforço do planejamento e poder local.

No contexto do Sistema Único de Saúde-SUS, o grande desafio é a ressignificação do conceito e das práticas de promoção da saúde, na perspectiva de possibilitar à efetivação, no cotidiano dos serviços de saúde, de seus fundamentos essenciais, superando as dicotomias prevenção/promoção, clínica/promoção, e como nos fala Campos (2006, p.72), “adentrando no intermediário, no entre, que é a posição que nos estimula a estar em contato”.

Um desafio que nos convida a assumir o papel de “potencializadores de processos de mudança, de novas leituras sobre nós mesmos e sobre o mundo” (Ibidem, p.70-71). Para tanto, esta autora refere à necessidade de ter espaços para problematizar nossa própria vida como trabalhadores.

No que se refere às percepções sobre alimentação saudável, evidenciamos conforme Quadro 5, Apêndice B, uma predominância da valorização dos aspectos nutricionais, referentes à variedade, moderação, quantidade e qualidade dos alimentos, com ênfase nos nutrientes, em especial as proteínas, as vitaminas, os minerais e as fibras, enquanto as gorduras são referidas como nutrientes que devem ser restringidos da alimentação, assim como o excesso de sódio e açúcares. Identificamos também referência a alimentos considerados saudáveis: leite desnatado, carnes magras, legumes, verduras e frutas, conforme demostram os seguintes depoimentos:

> É uma alimentação balanceada rica em vitaminas, nutrientes e sais minerais.
>
> É aquela alimentação que não tem muita gordura, com verduras, legumes, leite desnatado, carne magra, peixe e frango grelhados.
>
> Alimentação que exclui determinados alimentos calóricos e prejudiciais à saúde. É uma alimentação balanceada que inclui diversos tipos de nutrientes essenciais para a saúde.
>
> Alimentação sem produtos químicos, rica em vitaminas e minerais, com um baixo teor de sal, açúcar e gorduras.

Alguns profissionais referiram à necessidade de respeito às questões culturais, sociais e econômicas, bem como, aos aspectos que envolvem a higiene, a boa apresentação, a cor e o sabor.

> É aquela em que se oferecem todos os nutrientes necessários ao desenvolvimento humano, respeitando a faixa etária, atividades desenvolvidas e aspectos sociais, econômicos e culturais.
>
> Alimentação saudável deve ser variada, colorida, completa com todos os nutrientes necessários para uma boa nutrição; deve ser levado em consideração: higiene, sabor e boa apresentação.

Outro aspecto evidenciado nas percepções dos profissionais diz respeito à valorização da alimentação saudável como remédio, fortalecendo a idéia da prevenção de doenças, como podemos observar no depoimento a seguir:

> É aquela rica em nutrientes que nosso organismo necessita para o seu desenvolvimento e manutenção do equilíbrio energético. Uma alimentação rica em nutrientes que o organismo precisa buscar fora como frutas, verduras, legumes, etc. Para termos uma alimentação saudável precisamos mudar nossos hábitos alimentares. Alimentação saudável é o melhor remédio.

Boog (2008a, p.71) abordando a questão do significado de alimentação saudável afirma que:

> A percepção sobre o que é ou não saudável não depende apenas do que a pessoa aprendeu e sabe sobre alimentos e nutrição. A alimentação humana abarca tanto os componentes biológicos e fisiológicos do processo alimentar; quanto à dimensão imaginária dos homens em relação ao fenômeno da alimentação. As representações que as sociedades constroem para dar conta de pensar e decidir a respeito de como prover o seu sustento constituem um “saber” legitimado por gerações que foram passando a seus descendentes uma certa sabedoria alimentar que, ao mesmo tempo, a protege da incerteza do novo, mas a torna resistente à mudança.

Em nossa pesquisa, a valorização dos aspectos nutricionais apresentada nas percepções dos profissionais pode ser explicada pela crescente preocupação em prevenir doenças, à procura pelo “corpo perfeito” e a busca por uma vida plena, com mais saúde, tão presentes no mundo contemporâneo, consonantes com o modelo biomédico, ainda hegemônico.

Deste modo, o tema alimentação saudável está cada vez mais em evidência, sofrendo a influência da globalização, com a disseminação e sobrecarga de

informações através de diferentes formas de mídia, que muitas vezes, acabam confundindo as pessoas.

Alcides (2011, p.25) afirma que:

> a ciência da nutrição suscitou a construção do conceito de alimentação saudável a partir de pesquisas que propiciaram o desenvolvimento tecnológico e genético e a diversificação industrial alimentícia. A cada dia, são descobertas novas propriedades de alimentos e nutrientes, e lançados novos produtos no mercado.

Para Silva (2011, p.165),

> Na história da alimentação e nutrição humana, tanto a ciência quanto os interesses econômicos tiveram como objetivo comum aumentar a disponibilidade de alimentos em quantidade e qualidade para responder à prerrogativa humana de ser uma espécie onívora. Esse processo iluminou cientistas e, ao mesmo tempo, estimulou o crescimento de interesses financeiros.

Vale salientar que para Lawrence (1991) citado por Silva (2011, p.166) “a alimentação no mundo ocidental é um grande negócio. É o setor que mais cresce nas economias modernas, tanto na confecção de produtos como no oferecimento de serviços”. Enfatiza ainda que as mulheres são o público de maior interesse, considerando “o propósito de fortalecer a ideologia sanitária e médica na introdução de alimentos terapêuticos e na valorização do componente estético da imagem corporal” (Ibidem).

Nesse sentido, cabem algumas reflexões sobre o conceito de alimentação saudável. Pinheiro, Recine e Carvalho (2006, p.193) ao abordar esta questão, afirmam que:

> a alimentação saudável não se delineia como uma “receita” pré-concebida e universal para todos, pois deve respeitar alguns atributos coletivos específicos e individuais impossíveis de serem massificados.

Entretanto, as autoras enfatizam que “identificam-se alguns princípios básicos que devem reger a relação entre as práticas alimentares e a promoção da saúde e prevenção de doenças” (Ibidem).

O termo alimentação saudável para Silva (2011, p.167) “é um construto normativo, relacionado com a prevenção de doenças e com forte componente de resposta aos padrões de corpo e imagem”. Neste sentido, a autora ressalta que o

referido termo “vem sido assumido pela mídia e pelos profissionais de saúde no repertório de combate aos males relacionados com o excesso de peso e com os fatores de risco de doenças cardiovasculares” (Ibidem, p.167-168).

Essa autora afirma, ainda, a necessidade de realização de mais estudos e pesquisas que possibilitem a construção de termos que possam dar suporte a uma visão ampliada, abrangendo os aspectos biológicos, simbólicos e culturais, considerando que algumas investigações já começam a apontar para a insuficiência desse termo.

Ressaltamos que nas percepções dos profissionais evidenciadas neste estudo, embora com pouca frequência, alguns desses atributos e princípios básicos como: cor, sabor, respeito às questões culturais, sociais e econômicas, foram citados, conforme referimos anteriormente.

Neste contexto, Rodrigues (2013, p.80) citando Freitas e Pena (2007), destaca que “a compreensão dos aspectos culturais sobre alimentação e nutrição se constitui em um campo teórico que pode influenciar o olhar de profissionais de saúde e nutrição”. A autora enfatiza ainda que é oportuno abordar a importância da educação como promotora das práticas em saúde, em particular das práticas alimentares(Ibidem)..

No campo da nutrição, diferentes autores como Boog (2013), Santos (2012), Pinto (2006), Pinheiro, Recine e Carvalho (2006), Freitas (2005) referem à necessidade de que as ações educativas sejam desenvolvidas buscando promover a autonomia das pessoas, com base na interdisciplinaridade e na transdisciplinaridade, a partir do respeito às questões culturais, valorizando a história, as diversidades regionais, as singularidades de cada pessoa, reconhecendo os saberes populares e fomentando a biodiversidade local e a sustentabilidade ambiental.

No entanto, conforme afirma Rodrigues (2013, p.81):

> Alcançar o êxito de uma educação capaz de promover a implicação do sujeito com seu estado de saúde/doença exige também, dos profissionais de saúde, uma reforma do pensamento, como propõe Morin (2004).

No livro “Os Sete Saberes necessários à Educação do Futuro”, Edgar Morin apresenta importantes reflexões sobre a educação para o século XXI, dentre essas, em relação à pertinência do conhecimento, salientando que “para articular e organizar os conhecimentos e assim reconhecer e conhecer os problemas do mundo é necessária a reforma do pensamento” (MORIN, 2003, p.35).

O autor destaca, ainda, que essa reforma é, entretanto, uma reforma “paradigmática” e não “programática”, o que se constitui em questão fundamental da educação. Enfatiza também que diante das inadequações decorrentes dos “saberes cada vez mais desunidos, divididos, compartimentados”, e de “realidades ou problemas cada vez mais multidisciplinares, transversais, multidimensionais, transnacionais, globais e planetários”, é necessário que a educação torne evidente “o contexto, o global, o multidimensional e o complexo”, na perspectiva da construção do conhecimento pertinente para reforma do pensamento (Ibidem, p.36).

> A reforma do pensamento é uma necessidade democrática fundamental: formar cidadãos capazes de enfrentar os problemas de sua época. [...] Uma reorganização do saber que permita não apenas isolar para conhecer, mas também ligar o que está isolado, [...] as noções pulverizadas pelo esmagamento disciplinar: o ser humano, a natureza, o cosmo, a realidade (MORIN, 2004, p.104).

No campo específico da educação alimentar e nutricional, precisamos refletir sobre uma questão, talvez um dilema que perpassa as políticas e as práticas, conforme destaca Santos (2013, p.597):

> Como promover mudanças nas práticas alimentares dos sujeitos sob a ótica do saudável e, ao mesmo tempo, respeitar os seus hábitos alimentares, as tradições e a cultura alimentar de um povo?

Certamente não encontraremos respostas prontas para essas questões nas publicações sobre o tema, pois como afirma Boog (2013, p.267) “as ações educativas não podem partir do papel”. Porém, apresentamos nesta dissertação possibilidades descritas e experienciadas por alguns autores, que poderão contribuir para ampliar a compreensão acerca dos “modos de fazer” educação alimentar e nutricional, numa perspectiva transformadora.

Para Boog (2013, p.56) “ao nos propormos a desenvolver ações de educação alimentar e nutricional, torna-se imprescindível transitarmos por múltiplas

dimensões". Deste modo, a autora destaca que segundo o paradigma da complexidade

> Os conhecimentos se relacionam em uma imensa teia e as ciências humanas muito têm a contribuir para ampliar a compreensão do fenômeno da alimentação, assim como para subsidiar o desenvolvimento de estratégias para acessar esse sítio, onde se conjugam necessidades, vontades, critérios e desejos alimentares. A possibilidade de lidar de forma saudável com a alimentação passa por reconhecer as reais necessidades de alimentos, buscar e tornar comestível aquilo que é necessário, empregando nessa tarefa critérios emanados da ciência da nutrição, hoje amplamente difundidos na sociedade do conhecimento. Além disso, é preciso pensar todos esses fatores conjuntamente, acolhendo também as disposições psíquicas e culturais envolvidas, uma vez que os alimentos não são apenas "um pacote de nutrientes", como outrora se dizia. Devidamente temperados pelo imaginário, pela fantasia, impregnados de significados e conformados dentro de uma cultura, exercem muitos outros papéis (BOOG, 2012, p.56-57).

A referida autora ressalta a necessidade da construção de habilidades e capacidades de lidar com as subjetividades inerentes à alimentação humana, na perspectiva de "formar valores". Destaca que "os valores são construídos/transformados por meio da comunicação entre as pessoas, na intersubjetividade" (BOOG, 2013, p.85), ou seja, implica em "trabalhar a questão alimentar como relação com o outro" (Ibidem, p.86). Portanto, valorizando "as emoções, os sentimentos e como eles determinam o agir". Para tanto, enfatiza que outro aspecto a ser considerado é:

> O de exercitar a capacidade de auto-observação dos próprios comportamentos alimentares. Quando e por qual razão se come em maior ou menor quantidade, que sentimentos nos despertam os diferentes alimentos, enfim, é preciso lançar um olhar curioso e crítico às próprias práticas alimentares (BOOG, 2013, p.85).

Neste sentido, Josso (2010) em seu livro "Experiências de vida e formação", apresenta como uma estratégia para o trabalho formativo, as historias de vida – autobiografias. A autora enfatiza que:

> Falar das próprias experiências formadoras é, pois, de certa maneira, contar a si mesmo a própria história, as suas qualidades pessoais e socioculturais, o valor que se atribui ao que é "vivido" na continuidade temporal do nosso ser psicossomático. Contudo, é também um modo de dizermos que, nesse continuum temporal, algumas vivências tem uma intensidade particular que se impõe à nossa consciência e delas extrairemos as informações úteis às nossas transações conosco

> próprios e/ou com o nosso ambiente humano e natural (Ibidem, p.47-48).

Boog (2013, p.175) reforça o uso do trabalho pedagógico com reminiscências alimentares, ou seja, recordações, memórias de fatos relativos à alimentação "como uma importante e eficaz estratégia para alcançar mudanças na forma de pensar, sentir e agir", contribuindo na formação dos profissionais, tanto no que diz respeito à ampliação do seu autoconhecimento como no desenvolvimento de sua sensibilidade para a percepção dos problemas alimentares das outras pessoas.

Pinto (2006a) em estudo que utilizou autobiografias alimentares de graduandas do Curso de Nutrição defendeu a tese de que:

> O método autobiográfico, aliado à pedagogia freireana e a um referencial complexo, pode ser tomado como uma ferramenta importante para o trabalho educativo em saúde, contribuindo para a formação de sujeitos capazes de refletir para transformar a si e ao mundo (Ibidem, p.6).

A referida autora também utilizou esta ferramenta com professores do Núcleo de Educação Infantil-NEI da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, durante a realização das ações do Projeto de Pesquisa "É de pequeno que se aprende?", coordenado por profissionais do Departamento de Nutrição e do referido Núcleo. A Pesquisa teve como desdobramento a publicação do livro "É de pequeno que se aprende? Promoção da alimentação saudável na Educação Infantil". Em texto desse livro, Araújo et al(2010,p.226) relatam que perceberam mudanças no comportamento alimentar de alguns professores "que despertaram para a necessidade de adotar um estilo de vida mais saudável a partir da reflexão desencadeada pela escrita de suas autobiografias alimentares".

Castro et al (2007) em artigo da Revista de Nutrição, no qual relatam o delineamento e a experimentação de método educativo para a promoção da alimentação saudável, dirigido a adolescentes e a profissionais das redes de saúde e de educação, tendo a culinária como seu eixo estruturante, descrevem que os participantes avaliaram o modelo proposto como capaz de sensibilizá-los sobre o tema e incentivá-los para mudanças em relação à sua prática profissional e pessoal. Concluiram, portanto, que o modelo experimentado mostrou-se factível de ser

aplicado, configurando-se em inovação metodológica no campo das práticas educativas para promoção da alimentação saudável.

Em nosso estudo, durante um dos Encontros “Temperando Conceitos” na vivência realizada com o intuito de experimentar e refletir sobre os significados dos alimentos e da alimentação saudável, descrita em capítulo anterior, foi possível identificar a multidimensionalidade da alimentação, referida pelos autores. As figuras ou réplicas de alimentos escolhidos pelos participantes foram: milho, leite, melancia, banana, frutas diversas, suco verde, ovo, hambúrguer, bolo sem recheio, água, batatas. É oportuno destacar que apesar de estarem disponíveis, as figuras de chocolates e docinhos e a réplica de cachorro quente não foram escolhidas. Provavelmente, em função do “construto normativo”, referido por Silva (2011), citado anteriormente.

Vale salientar que na explicação das escolhas, foi possível evidenciar como nos falam Pinheiro, Recine e Carvalho (2006, p.193) que “os alimentos trazem significações culturais, comportamentais e afetivas singulares”.

Cabe aqui destacar algumas dessas significações evidenciadas em nosso estudo a partir das falas dos profissionais:

> Eu escolhi o milho porque considero um alimento saudável, que remete à minha infância e com ele se podem fazer várias preparações.
>
> Eu escolhi a melancia porque gosto muito. Lembra a minha mãe!
>
> Eu escolhi a banana porque é uma das minhas frutas preferidas. Eu gosto muito de frutas. A banana faz parte das minhas subjetividades, das minhas fantasias...!
>
> Eu escolhi o hambúrguer porque gosto muito, inclusive hoje foi o meu almoço!
>
> Eu escolhi o bolo porque gosto muito; sempre comia quando criança no interior!
>
> Eu escolhi as frutas e o suco verde porque nunca tomei esse suco e como pouco frutas. Então, tenho vontade de experimentar, pois sei que faz bem!

As reflexões e debates que ocorreram após a vivência e leitura dialogada do texto sobre a alimentação saudável (Anexo 2) apontaram para a necessidade de desconstruirmos a compreensão do alimento apenas com foco na sua composição química, uma vez que a alimentação não se dá em função do consumo de nutrientes, mas de alimentos, que tem gosto, cor, forma, aroma e textura, e todos esses componentes precisam ser considerados e valorizados. Apesar dos nutrientes terem sua importância, os alimentos não podem ser resumidos a veículos destes. O ato de alimentar-se deve estar inserido no cotidiano das pessoas, como um evento agradável e de socialização. Nesse sentido, o alimento como fonte de prazer e identidade cultural e familiar também é uma dimensão importante para a promoção da saúde, conforme enfatizam Pinheiro, Recine e Carvalho (2006).

Para Freitas et al.(2011,p.35):

> Compreender o ato de comer dos humanos significa desvelar esse fenômeno para além do campo biológico. Ao nascer, o único ato humano determinado geneticamente para se alimentar é o instinto da sucção. Com o crescimento e o desenvolvimento, o ser humano aprende a selecionar experiências sensoriais, e a preparar o alimento disponibilizado pelas condições históricas e sociais. Nesse acúmulo de vivências, o ser humano se habitua a alimentar-se no cotidiano da cultura que pertence. (...) Enquanto inscrição da cultura, o hábito alimentar revela identidade e valores referenciais do cotidiano próprios da estrutura social.

Para Boog (2008a, p.74) “a alimentação é permeada por crenças e ideologias e as concepções decorrentes delas precisam ser compreendidas”. Destaca que o pensamento dicotômico que separa os alimentos entre “bons/saudáveis” e maus/não saudáveis” acaba por reduzir à questão da qualidade aos nutrientes, “como se fôssemos um recipiente de laboratório que tivesse que ser preenchido apenas por substâncias com funções nutritivas” (Ibidem,p.75).

Para exemplificar que os alimentos não têm apenas finalidades nutritivas, a autora cita o bolo de aniversário que, apesar de não ter finalidade nutritiva, “carrega o significado de marcar os anos vividos e as possibilidades que se abrem para o futuro”. Portanto, “sua finalidade é celebrar uma data importante e compartilhar da alegria do aniversariante pela etapa cumprida” (Ibidem, p.75-76).

Os significados da alimentação saudável transcendem a questão biológica, uma vez que tem implicações culturais, sociais, ecológicas, afetivas e éticas (BOOG, 2008a).

No que diz respeito às percepções dos profissionais sobre educação alimentar e nutricional (Apêndice B, Quadro 6), observou-se a predominância da percepção de EAN como informação, orientação e transmissão de conhecimentos para mudanças de práticas alimentares, na perspectiva da prevenção de doenças e melhoria da qualidade de vida. Verificou-se, também, a referência a "fazer dieta" e ao profissional nutricionista como responsável por esta prática e à educação como um processo lento. Observou-se, ainda, a associação da EAN com a obediência a um conjunto de "normas" como: horários certos, disciplina alimentar, quantidades e valores calóricos por refeição, conforme pode ser verificado nos depoimentos a seguir:

> Educação alimentar – orientações quanto à dieta utilizada observando nutrientes, qualidade do que se consome, horários regulares, quantidade e frequência. Educação nutricional – orientações sobre a alimentação direcionada ao estado de saúde, carências nutricionais, grupos específicos, etc.
>
> Alimentar-se comedidamente várias vezes (seis), em pequenas quantidades variadas. Saber a combinação dos nutrientes. Eliminar os excessos de sal, gorduras e açúcar. Saber aproveitamento dos nutrientes por refeições
>
> Significa acima de tudo se ter uma disciplina rigorosa tanto nos horários, o que comer como comer. É ter a consciência do que está comendo e para que se está comendo.
>
> Comer nas horas certas, quantidades pequenas de forma correta.
>
> É quando precisamos de nutricionista. Precisamos fazer dieta, fazer exercícios, caminhada.
>
> É a disciplina alimentar, seguindo os horários, quantidades e os valores calóricos que cada refeição contém.

Tais resultados demonstram visão reducionista da educação alimentar e nutricional, vinculada à concepção tradicional de educação em saúde, que de acordo com Valla et al.(2003) citado por Pedrosa(2006,p.83) é "entendida como um conjunto de informações que as pessoas devem incorporar com a finalidade de garantir que sua vida seja mantida em condições saudáveis",ou seja, sem "riscos".

Neste contexto, Boog (2013, p.25) chama a atenção de que “não se pode deixar de considerar que o risco à saúde é uma construção cultural”. Deste modo, a autora enfatiza que “já existe um consenso entre os especialistas na área de que uma educação alimentar e nutricional pautada apenas na informação científica sobre alimentos e seus componentes revela-se limitada para promover à saúde” (Ibidem, p.26).

Torna-se fundamental a compreensão do universo de fatores que envolvem a alimentação humana a fim de que o profissional não seja apenas um repassador de informações e orientações, mas, um estimulador da criatividade, da autonomia, buscando construir novos significados e sentidos para o ato de comer (BOOG, 2013).

No nosso estudo, observamos que as percepções dos profissionais sobre educação alimentar e nutricional reforçam as práticas educativas estabelecidas pelo modelo biomédico tradicional.

Neste contexto, faz-se necessário a utilização de novas tecnologias de cuidado, a partir de novos olhares capazes de experimentar modos de fazer que rompam com as “receitas, as prescrições do que é permitido ou proibido”, desconsiderando as singularidades das pessoas, as suas subjetividades.

Nesta perspectiva, a partir de um novo modo de operar o cuidado, centrado não na doença, mas na pessoa, valorizando sua história de vida, suas subjetividades, sua consciência, e sua espiritualidade, apresentado por autores como Campos (2003), Souza (2011) e Merhy(1998), a Cliníca Ampliada constitui-se em um dispositivo importante. Como nos fala Rodrigues (2013, p.78) “no caso específico do campo da alimentação e nutrição, a clínica ampliada exige reconhecer os limites de prescrições dietéticas padronizadas que, em muitos casos, não se materializam em práticas alimentares”.

Nesse sentido, é preciso considerar que cada pessoa é produtora de si mesma e do contexto, da realidade na qual está inserida no mundo, o que aponta para a necessidade de compreender os sentidos e significados da saúde, da doença, do adoecimento na vida de cada uma, o que exige uma relação dialógica entre profissionais e usuários dos serviços, que valorize todas as dimensões que

perpassam a alimentação, buscando a construção de práticas alimentares condizentes com uma intervenção nutricional que resgate sua dimensão cuidadora, valorizando a troca de saberes e buscando ressignificar e recriar as práticas alimentares e os modos de conviver e viver com o processo saúde-doença(RODRIGUES,2013).

Portanto, as percepções apresentadas pelos profissionais, em nosso estudo, apontam para a necessidade do fortalecimento dos espaços de educação permanente. Martiniano, Sampaio e Silveira (2014, p.377) citando Ceccim (2005, p.161) referem que este autor aponta a educação permanente como um “processo educativo que coloca o cotidiano do trabalho em saúde em análise, possibilitando espaços coletivos para a reflexão e avaliação das ações das unidades”.

A educação permanente, deste modo, constitui-se em “contraponto aos modelos de capacitação pontuais e tecnicistas, centrados em procedimentos” (CECCIM, 2005 apud MARTINIANO et al.,2014). Este processo educativo parte da singularidade dos processos de trabalho e das produções de cuidado, introduzindo mecanismos que possibilitem a problematização e experimentação de práticas em saúde.

No âmbito da Estratégia Saúde da Família, outros referenciais vem sendo experimentados como o da educação popular em saúde, tendo por base a vertente freireana, com reelaborações de autores como Victor Valla e Eymar Vasconcelos, que, dentre os inúmeros aspectos enfocados, buscam contrapor-se às práticas educativas voltadas apenas para a imposição de normas e de comportamentos, com a reprodução de ações educativas normatizadoras e centradas apenas no repasse de informações sobre a importância de hábitos individuais ditos saudáveis, desconsiderando as dimensões culturais e subjetivas que perpassam o processo saúde-doença-cuidado(VASCONCELOS,2010; VALLA,2010).

Neste contexto, Dias (1990) em estudo relatado no livro “Mulheres sanitaristas de pés descalços”, mostra que estas dimensões, aliadas à valorização do saber e da experiência popular, são fundamentais para que os “serviços de saúde tornem-se espaços importantes de ações além de técnicas, políticas e educativas, junto à classe operária” (Ibidem, p.115).

Considerando a complexidade que envolve a alimentação, a promoção da saúde e a EAN, o encontro entre os referenciais da educação permanente, da educação popular e da educação alimentar e nutricional crítica é bastante pertinente e necessário, na perspectiva da (re)construção de saberes e práticas na produção do cuidado, favorecendo a intersetorialidade e a transversalidade, com vistas à integralidade do cuidado na atenção primária à saúde. Um desafio que pressupõe “reformas do pensamento”, no âmbito da formação, da gestão e do cuidado em saúde.

4 PROCESSO DE TRABALHO NA USF AFYA E A PROMOÇÃO DA ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL: REFLETINDO SOBRE AS POSSIBILIDADES E POTENCIALIDADES.

> Que a nossa presença no mundo, implicando escolha e decisão, não seja uma presença neutra. [...] Se a minha não é uma presença neutra na história, devo assumir tão criticamente quanto possível sua politicidade. Se, na verdade, não estou no mundo para simplesmente a ele me adaptar, mas para transformá-lo; se não é possível mudá-lo sem um certo sonho ou projeto de mundo, devo usar toda possibilidade que tenha para não apenas falar de minha utopia, mas para participar de práticas com ela coerentes (FREIRE, 2000,p.17).

Neste capítulo apresentamos uma breve descrição e análise do processo de trabalho na USF Afya com foco nas ações de promoção da saúde e da alimentação saudável, a partir da observação direta realizada na referida Unidade e de participação em reuniões com profissionais e população, assim como das reflexões e debates que ocorreram nos Encontros Temáticos “Refletindo sobre as Possibilidades” e “Preparando a Oficina”. Abordamos também as questões e proposições emanadas da Oficina: ”Repensando as práticas educativas para promoção da alimentação saudável”.

A USF Afya, como já mencionado em capítulo anterior, está inserida no Bairro da Redinha, em uma comunidade que apresenta múltiplas vulnerabilidades sociais. A Unidade possui duas equipes da Estratégia Saúde da Família, que fizeram adesão ao Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica-PMAQ. Estas equipes têm sob sua responsabilidade, 1.523 famílias cadastradas, totalizando uma população de 5.950 pessoas. A USF conta também com o apoio dos profissionais que integram o NASF e, durante três dias na semana, com um profissional nutricionista, que não está vinculado à Estratégia Saúde da Família.

No que diz respeito às formas de acesso às ações assistenciais ofertadas pela Unidade, evidenciou-se que este ocorre através de dois tipos de demanda: a agendada e a espontânea, além da oferta de ações de cunho coletivo, tais como: reuniões, atividades educativas com grupos na própria Unidade e em outras instituições/entidades sociais, além de passeios.

A demanda agendada é proveniente, preferencialmente, das famílias que residem nas áreas adscritas ao território de abrangência da USF. De acordo com fluxograma elaborado pelas equipes, Figura 1(Anexo 8), a pessoa com demanda agendada ao chegar à USF da Afya, aguarda na sala de espera até ser chamada para o preparo e daí é encaminhada para um dos serviços profissionais agendados que pode ser consulta médica ou de enfermagem vinculadas às ações programáticas: consulta de pré-natal, exame preventivo do câncer cérvico uterino acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, planejamento familiar, além de consulta de nutrição. Após as consultas, o fluxo indica encaminhamento à farmácia ou à regulação para a marcação de exames ou consultas especializadas, ou ainda encaminhamento a outros serviços.

Na demanda espontânea, o fluxo segue o seguinte percurso: a pessoa se dirige ao arquivo, no qual é preenchida ou retirada a ficha avulsa ou o prontuário. Em seguida, é encaminhada para a sala de “Acolhimento/Posso ajudar?”, na qual o profissional escuta sua demanda, realizando agendamento ou encaminhando para o preparo, caso necessite de consulta médica ou de enfermagem, em caráter imediato. Vale ressaltar que são retiradas dez fichas diárias para o médico de cada equipe. Também é oferecido na demanda espontânea, após passar no arquivo, o atendimento de urgência odontológica e, após passar no arquivo e no preparo, as seguintes ações: imunização, curativo, retirada de pontos, nebulização, teste do pezinho, e consulta de nutrição. Após as consultas, a pessoa pode seguir para a farmácia ou para a marcação/regulação.

Vale salientar que apesar de existir a sala de “Acolhimento/Posso ajudar?” evidenciamos que as pessoas tendem a procurar os profissionais com os quais tem mais vínculos e se sentem mais acolhidos. Observamos também que a postura acolhedora apresenta variações entre os profissionais, dependendo do momento de trabalho e da decisão de cada um.

É oportuno, ainda, destacar que nas salas de espera da USF Afya estão afixadas informações com os serviços oferecidos pela referida Unidade, os dias de atendimento e horários, bem como, os serviços oferecidos de portas abertas: pré-natal, imunização, tuberculose, preventivo, Bolsa Família, Regulação (marcação de

consultas pelo SISREG), emissão de cartão SUS, Teste do Pezinho e aplicação de vitamina A.

Quanto à ambiência, a Unidade funciona em sede própria, construída há dez anos e reformada há dois anos. Identificamos presença de problemas referentes à ventilação e à iluminação naturais, instalações elétricas, necessidade de pintura em algumas áreas e falta de espaço para atividades coletivas, pois, conforme referimos anteriormente em outro capítulo, o espaço existente encontra-se interditado. Atualmente, está sendo usada uma sala que também serve de sala de espera, aonde tem uma televisão e materiais informativos afixados nas paredes. Vale ressaltar, entretanto, que a Unidade dispõe de uma grande área externa, com árvores como cajueiros, que deverá ser utilizada conforme informações dos profissionais, no projeto de reurbanização já mencionado em outro capítulo dessa dissertação.

No que se refere às formas de gestão, a Secretaria Municipal de Saúde de Natal está propondo a criação de Colegiados, entretanto, a Unidade ainda não implantou este arranjo de gestão proposto atualmente, apesar de já ter vivenciado essa experiência em momentos anteriores. A Unidade implantou a “caixa de sugestões” e livro de registro da sala de espera, na tentativa de melhorar a organização das ações ofertadas. Entretanto, observamos que não existe um cronograma sistemático de encontros para leitura e avaliação desses instrumentos de comunicação, envolvendo profissionais do Distrito Sanitário, da direção da Unidade, dos profissionais das duas equipes e do NASF e os usuários que frequentam a referida Unidade. Vale salientar que, no momento de realização da pesquisa, a direção da Unidade estava sob a responsabilidade de uma profissional que está se especializando em Saúde Pública.

No intuito de suscitar a reflexão e debate acerca da gestão participativa e da cogestão, durante a programação da Semana de Humanização, foi realizada uma reunião com os profissionais, no dia 09/04/2014, coordenada por um profissional do NASF. Entretanto, a nosso ver, o objetivo proposto foi parcialmente alcançado, uma vez que não estavam presentes todos os profissionais, predominando a participação dos agentes comunitários de saúde que aproveitaram o espaço para apresentar suas inquietações e angústias referentes ao processo de trabalho. Após a escuta

dos profissionais e debate acerca das questões levantadas, foi apontada a necessidade de outros momentos de encontro reunindo todos os profissionais para discussão e construção de proposições referentes à temática da gestão participativa e da cogestão.

Em relação às ações de promoção da saúde, na USF Afya, essas ações têm como principal estratégia as práticas de educação em saúde que, de acordo com relatos dos profissionais, são desenvolvidas individualmente, durante as consultas, e em âmbito coletivo, na escola, no Centro de Referência em Assistência Social-CRAS, durante as visitas domiciliares, nos trabalhos com grupos formados na Unidade, como o de Práticas Corporais, cujas reuniões acontecem às terças e quintas-feiras, no turno vespertino.

Faz-se oportuno destacar que a USF oferece também ações de combate ao tabagismo, porém, atualmente, encontra-se em processo de reorganização, considerando que apenas um profissional está envolvido mais diretamente com estas ações, que ocorrem nas terças-feiras, pela manhã.

Foi iniciada na USF Afya com o apoio dos profissionais do NASF a constituição de outro Grupo denominado “Acolhimento ao sofrimento psíquico”, cujas reuniões estão acontecendo as segundas-feiras, à tarde.

Ramos (2014, p.334) enfatiza que “no senso comum, ao se falar sobre ações de Promoção da Saúde, pensa-se logo em atividades educativas e, mais especificamente, em palestras”. Esta autora citando Vasconcelos e Schmaller (2012) ressalta que embora as atividades educativas estejam incluídas entre as ações de Promoção da Saúde, representam apenas um dos componentes das várias atividades que englobam a promoção. Salienta ainda que embora exista um grande incentivo no modelo de atenção à saúde proposto pelo SUS para a realização de ações educativas, inclusive com esforços por parte do Ministério da Saúde no sentido de fomentar a utilização da metodologia da Educação Popular em Saúde, com base na inclusão dos diferentes saberes, “os profissionais nem sempre conseguem executá-las de forma sistemática e qualitativa” (RAMOS, 2014, p.335).

A referida autora enumera os seguintes fatores como dificuldades para esta execução: os profissionais não estão capacitados para o desenvolvimento destas

atividades; a intensa demanda para ações curativas, levando os profissionais a “sacrificar” o espaço dedicado às atividades educativas; a indisponibilidade de espaço físico adequado nas Unidades de Saúde; a escassez de material didático e a grande expectativa, por parte dos profissionais, na obtenção de respostas em curto prazo através das ações educativas. Considerando que a educação é um processo, no qual, em geral, as respostas são percebidas a médio ou longo prazo, os profissionais muitas vezes se frustam e acabam perdendo a motivação (Ibidem, p.335-336).

Em nosso estudo, constatamos que as ações educativas na USF da Afya não são planejadas intrasetorialmente entre os profissionais das equipes da ESF e entre estes e os profissionais do NASF, e nem intersetorialmente. Na maioria das vezes, ocorrem de forma fragmentada, variando de acordo com cada profissional e dependendo da conjuntura do processo de trabalho. Deste modo, também não ocorre a elaboração de plano para as ações educativas, o monitoramento e a avaliação destas ações e do seu impacto no contexto do cuidado em saúde. Entretanto, vale salientar que evidenciamos a inclusão das ações de promoção da saúde nos instrumentos de planejamento do SUS, no âmbito municipal, como o Plano Municipal de Saúde 2014-2017 e a Programação Anual 2014.

Cabe destacar ainda que observamos, por parte de alguns profissionais do NASF, certa preocupação quanto aos desafios da “função apoio”, considerando as dificuldades já relatadas, associadas às fragilidades históricas do processo de implantação dos NASF no município de Natal.

A publicação “Cadernos de Atenção Básica nº 39” do Ministério da Saúde, enfatiza que o trabalho do NASF deve ser orientado pelo referencial teórico-metodológico do apoio matricial, que significa, em síntese, uma estratégia de organização do trabalho em saúde que pressupõe “a integração de equipes de saúde da família com equipes ou profissionais com outros núcleos de conhecimento diferentes dos profissionais das equipes de atenção básica” (BRASIL, 2014, p.17).

Nesta perspectiva, o NASF deverá desenvolver trabalho compartilhado e colaborativo em pelo menos duas dimensões: clínico-assistencial, tendo como público-alvo os usuários do SUS e técnico-pedagógica, através de ações de apoio

educativo “com” e “para” as equipes de saúde, bem como, por meio de ações que envolvem coletivos. Significa, portanto, “poder atuar tomando como objeto os aspectos sociais, subjetivos e biológicos dos sujeitos e coletivos de um território, direta ou indiretamente” (Ibidem, p.18).

Para tanto, propõe-se a utilização de novas tecnologias de cuidado em saúde, como o Apoio Matricial, já referido anteriormente, a Clínica Ampliada, os Projetos Terapêuticos Singulares, o Projeto de Saúde do Território-PST e Pactuação do Apoio, previstas nas diretrizes que orientam a sua operacionalização (BRASIL, 2012c).

No nosso estudo, evidenciamos que os profissionais do NASF da Afya vêm buscando superar os equívocos dos processos de trabalho, diante das dificuldades vivenciadas quanto à execução de suas ações, que se expressam nas demandas de reuniões ou problemas imediatos provenientes dos Níveis Central e Distrital da Secretaria Municipal de Saúde, que acabam dificultando a construção de agendas integradas; na falta de disponibilidade dos profissionais das equipes para momentos de construção compartilhada, em detrimento das ações curativas, fragmentadas; no grande número de equipes e famílias que precisam ser acompanhadas, a grande maioria, com problemas de grande complexidade, que exigem mais tempo para escuta, pactuações e intervenções intersetoriais; na distância entre as Unidades; nas transferências de responsabilidades de equipes da ESF para os profissionais do NASF.

De acordo com relatório elaborado pelos profissionais integrantes dos três Núcleos de Apoio à Saúde da Família, em dezembro de 2012, a forma como os profissionais do NASF chegaram às Unidades de Saúde da Família, em 2011, aconteceu de forma diferenciada e desorganizada, contribuindo para uma organização equivocada do processo de trabalho dos NASF, uma vez que os profissionais que foram chegando foram assumindo funções isoladas, dificultando, portanto, o trabalho em equipe e o processo de construção compartilhada, essenciais para o desenvolvimento da “função apoio” (SMS/NASF,2012).

No momento de realização da pesquisa, identificamos que os profissionais participaram de vários encontros que buscavam refletir sobre tais dificuldades e

encontrar novas formas de produzir saúde, na perspectiva de mudanças nas práticas de cuidado.

Martiniano, Sampaio e Silveira (2014) refletindo sobre os desafios do NASF para a consolidação da Atenção Primária à Saúde-APS na perspectiva da Promoção da Saúde, chamam a atenção para as tensões e riscos existentes na operacionalização da proposta do NASF e enfatizam que dependendo do direcionamento concreto da sua implementação em cada contexto local, o NASF pode desenvolver uma atuação que fortaleça a reorganização de um modelo de atenção que contribua para a afirmação do direito universal e integral à saúde ou que contribua para "a manutenção de lógicas neoliberais de focalização das ações, com forte tendência ao modelo tradicional biologicista, curativista, individual" e medicalizante (Ibidem, p.379).

Contudo, é oportuno ressaltar que também evidenciamos potencialidades nas ações desenvolvidas. Em reunião com os integrantes do Grupo de Práticas Corporais, realizada na USF Afya, integrando a programação da Semana de Humanização da referida Unidade, no dia 07/04/14, com o objetivo de resgatar a história desse grupo, que é constituído predominantemente por idosos, foi possível perceber nas falas de algumas pessoas, apresentadas a seguir, o potencial desse espaço de encontro no que se refere aos processos de subjetivação, na perspectiva da busca da felicidade, da alegria, elementos importantes que devem ser considerados na promoção da saúde:

> Eu acompanho a minha mãe no grupo e estou aprendendo a ser companheira.
>
> Eu estou vivendo agora, a partir desse grupo que me faz feliz.
>
> Eu vivia em casa, cuidando de menino. Agora que eu sou livre, participo do grupo, me divirto.
>
> Quando estou nesse grupo esqueço as preocupações; é diversão; me renovo.

A partir da identificação dessas dificuldades e potencialidades evidenciadas, realizamos três Encontros Temáticos "Refletindo sobre as Possibilidades". No

primeiro encontro, que aconteceu no dia 28/03/14, apresentamos o caso descrito no Anexo 4 e refletimos sobre as seguintes questões:

- O caso apresentado tem alguma semelhança com o que vivenciamos na USF Afya?

- O que recebemos como demandas de alimentação e nutrição na nossa realidade de trabalho na USF Afya?

- Quais ofertas podemos fazer na perspectiva da promoção da alimentação saudável?

Em relação às similitudes entre o caso apresentado e o cotidiano de trabalho na USF Afya, os profissionais relataram existir semelhanças, em especial no que diz respeito à realização de palestras. Alguns profissionais que desenvolvem ações referentes à saúde bucal relataram:

> Na escola, nós agendamos o dia, fazemos a palestra e aplicamos o flúor.
>
> Na palestra são informados os alimentos que ajudam a provocar cáries e a importância da higiene e da escovação.
>
> Sabemos de aluno que escova a boca com a escova do outro ou que as professoras “obrigam” a escovar os dentes.
>
> Acho que a palestra, às vezes surte efeito, outras não!

Quanto às demandas relacionadas à alimentação e nutrição, os profissionais relataram doenças como: sobrepeso, obesidade, hipertensão arterial, diabetes, gastrite e, raramente, magreza e anorexia, reforçando o foco do modelo de atenção centrado na doença.

Em relação às práticas de educação em saúde, Rodrigues (2013, p.79) enfatiza que:

> O modelo biomédico tradicional, sob a lógica da prevenção e da recuperação da saúde, estabelece práticas educativas mediadas pelo caráter normativo que se caracterizam por prescrições comportamentais que desconsideram os determinantes do processo saúde-doença e o saber popular. Adota ações e estratégias de transmissão de informações com a predominância de técnicas como palestras, produção de materiais informativos, dentre outros.

Entretanto, a partir dos anos 90, concomitantemente ao processo de renovação da promoção da saúde, com base na proposta teórica e política formalizada na Carta de Ottawa, a educação em saúde vem buscando incorporar uma dimensão desvinculada da doença e da prescrição de normas, passando de práticas educativas em saúde centradas na educação "bancária"[8], que privilegiavam o repasse de informações e mensagens de forma vertical às famílias, grupos e indivíduos, com o objetivo de persuadir às pessoas para a aquisição de hábitos e comportamentos necessários à prevenção de doenças, para ser valorizada enquanto uma das estratégias básicas para a promoção da saúde (BRASIL, 2008a).

Contudo, considerando a hegemonia do modelo biomédico, ainda predominam as práticas normativas e prescritivas, conforme evidenciamos neste estudo.

No campo da alimentação e nutrição, Boog (2013) ressalta que, não sendo possível, no âmbito da educação, separar cultura alimentar e a ciência da nutrição, a educação alimentar e nutricional será sempre:

> Uma busca compartilhada, entre educadores e educandos, de novas formas e novos sentidos para o ato de comer, por meio do qual as pessoas possam construir valores e conhecimentos, ressignificar práticas e desenvolver estratégias que lhes proporcionem condições para alimentar-se saudavelmente, mas também transgredir regras sobre práticas saudáveis, com responsabilidade e temperança, de maneira a não se privar do sabor da vida (Ibidem, p.32).

Esta autora apresentando considerações acerca das abordagens da educação alimentar e nutricional afirma que:

> A EAN não pode se resumir a uma tradução dos conhecimentos científicos e não se esgota na informação de caráter técnico e de ordem prática, porque o fenômeno da alimentação e da nutrição perpassa corpo, mente, psique, cultura e sociedade. Consequentemente a educação alimentar e nutricional abrange todas essas dimensões. [...] A EAN inclui transmitir informações e comunicar conceitos de nutrição, mas também penetrar na história de vida, na inserção social do sujeito, na cultura, no universo de significados afetivos que dão sentido às práticas de alimentação,

[8] A educação bancária refere-se a um modelo tradicional de prática pedagógica, no qual segundo Paulo Freire, a educação é entendida como uma mera transmissão passiva de conteúdos do educador, assumido como aquele que supostamente tudo sabe, para o educando, que deverá recebê-los, guardá-los e memoriza-los, de forma mecânica, desconsiderando a educação e o conhecimento como processos de busca. Portanto, nessa concepção, "a educação é o ato de depositar, de transferir, de transmitir valores e conhecimentos", sem refletir sobre as contradições presentes na realidade concreta (FREIRE, 1987, p.59).

> tanto aquelas passadas de geração a geração, como as que são construídas nas novas formas de viver (BOOG, 2013, p.30-31).

Em relação às concepções pedagógicas que vem norteando as práticas de educação alimentar e nutricional, Alcides (2011) ressalta que até a década de 80, a educação alimentar e nutricional foi se desenvolvendo a partir de uma abordagem técnica e intervencionista, sob uma visão biomédica, seguindo tendências pedagógicas liberais[9], ”nas suas formas ora conservadora, ora renovada” (LIBÂNEO, 2006, p.21).

Neste sentido, as práticas de educação alimentar e nutricional caracterizavam-se por uma relação verticalizada entre educadores e educandos, tendo como base o princípio de que com o domínio da ciência da nutrição, o profissional enquanto educador teria a função de transmitir esse conhecimento para as pessoas. Essa transmissão acontecia de forma prescritiva, normativa (ALCIDES, 2011; BOOG, 2013; BOOG, 1999).

Neste contexto, diante de um cenário epidemiológico complexo e desafiador, caracterizado pela transição alimentar e nutricional, onde o conhecimento exclusivo da ciência da nutrição mostra-se insuficiente para explicar os problemas alimentares e nutricionais e intervir sobre eles, a educação alimentar e nutricional passou de uma educação alimentar e nutricional “bancária” para uma educação alimentar e nutricional “crítica” referenciada nas tendências pedagógicas progressistas[10](ALCIDES,2011).

Santos (2005, p.682) afirma que:

[9] Libâneo (2006) apresenta quatro tendências nesse grupo: a tradicional, a tecnicista, a renovada e a renovada não diretiva. De acordo com esse autor, as pedagogias liberais sustentam a idéia de que a escola tem por função preparar os indivíduos para o desempenho de papéis sociais, de acordo com as suas aptidões individuais, por isso os indivíduos precisam aprender a se adaptar aos valores e às normas vigentes na sociedade de classes, desenvolvendo sua cultura individual; portanto, desconsiderando as desigualdades sociais.

[10] Libâneo (2006) destaca três tendências nesse grupo: a libertadora, a libertária e a crítico-social dos conteúdos. Conforme o referido autor, a pedagogia progressista analisa de forma critica as realidades sociais e valoriza a idéia de que a educação possibilita a compreensão dos contextos histórico-político-sociais, explicando o papel do sujeito como um ser que constrói sua realidade, assumindo, ao mesmo tempo, um caráter pedagógico e político.

.

> A educação nutricional crítica baseava-se nos princípios da pedagogia crítica dos conteúdos, de orientação marxista, considerando que a educação nutricional não é neutra, como também não pode seguir uma metodologia prefixada. Nessa perspectiva, essa vertente da educação nutricional pressupunha assumir o compromisso político de colocar nossa produção técnica e científica a serviço do fortalecimento das classes populares em sua luta contra a exploração que gera a fome e a desnutrição.

A autora mencionada salienta ainda que:

> A educação nutricional crítica influenciou os conteúdos da disciplina educação nutricional, integrante dos currículos para formação de nutricionistas, fortalecendo a discussão sobre a determinação social da fome e da desnutrição e a relação desses fenômenos com o modelo de organização capitalista, em detrimento do enfoque biológico e técnico, como também dos métodos e técnicas educativas. Como consequência, passa-se a discutir a fome e não apenas a desnutrição, e a educação alimentar e nutricional passa a contemplar não somente as práticas alimentares, pressupondo, também, a tarefa de esclarecer a população sobre os direitos de cidadania (SANTOS, 2005, p.683).

Nas últimas décadas, a educação alimentar e nutricional parece ter incorporado os referenciais das ciências humanas e sociais, norteados pelos aportes teóricos de diferentes pensadores, dentre esses o educador brasileiro Paulo Freire e o filósofo francês Edgar Morin.

Alcides (2011, p.30) discorrendo sobre o pensamento dos referidos autores, enfatiza que:

> Ambos trazem similitudes de seus postulados que contribuem significativamente para a compreensão da complexidade educacional do século XXI. Numa perspectiva crítica da realidade, tais autores enfatizam a educação reflexiva, permeada pelo diálogo democrático entre os sujeitos, transformando-os em seres autônomos e conscientes de suas escolhas e conduzindo-os à reforma do pensamento, à liberdade do pensar.

A partir das falas dos profissionais e dos referenciais teóricos apresentados anteriormente, procuramos refletir junto aos profissionais se seria possível inserir o conteúdo da saúde bucal, da alimentação saudável, da promoção da saúde como temas transversais, envolvendo na escola vários professores e disciplinas, e procurando fazer articulação com outros setores inseridos no território da área de abrangência da USF Afya. Alguns profissionais comentaram que precisaria de mudanças nos processos de trabalho:

> As ações da estratégia saúde da família precisam ser planejadas com todos os profissionais das equipes. Precisa mudar tudo!
>
> Ninguém faz nada sozinho!
>
> Precisa de parcerias!
>
> É difícil, pois, quando participamos de atividades de grupo, de reuniões, muitas vezes as pessoas ficam achando que não estamos trabalhando. Estamos só conversando, passando o tempo. Eu já vivi isso aqui!

É oportuno salientar que, naquele momento da discussão, a profissional lotada no Setor de Promoção da Saúde da Secretaria Municipal de Saúde de Natal interferiu com a seguinte fala:

> O Secretário tem colocado que para mudar modelo tem que trabalhar as ações de promoção da saúde, repensar as ações, encontrar formas de legitimar as ações coletivas, o trabalho educativo. Penso que é importante refletirmos sobre qual o sentido e o significado dos grupos!

Daí foi retomada a questão da necessidade de implicação de todos os profissionais, de mudanças nos processos de trabalho que possam legitimar as ações de promoção, dentre essas, o trabalho educativo como integrante do cuidado em saúde. Neste sentido, fizemos a seguinte reflexão: que ofertas podem ser feitas na perspectiva da promoção da alimentação saudável?

As possibilidades de ofertas referidas foram: as parcerias, através da articulação intra e intersetorial; o Projeto de Saúde do Território-PST e o Projeto Terapêutico Singular-PTS. Alguns profissionais sugeriram a construção do PTS para uma família inscrita no Programa Bolsa Família, na qual a mãe e as filhas apresentavam obesidade. O primeiro encontro foi encerrado com a pactuação de que esses profissionais iriam levantar os dados sobre a família para construção do PTS nos próximos encontros.

O segundo Encontro “Refletindo sobre as possibilidades” realizado no dia 04/04/2014 teve como objetivo reunir informações para construção do caso da família na perspectiva do PTS. Entretanto, observou-se que os dados e informações do prontuário eram insuficientes e até mesmo inexistentes, o que levou a reflexões sobre vários problemas que perpassam as relações de trabalho no contexto do SUS, quais sejam: a hipervalorização da categoria médica, a medicalização da sociedade,

as questões referentes à gestão do trabalho, como o cumprimento da carga horária contratual e a co-responsabilização dos profissionais. Sobre o processo de trabalho na USF Afya foram destacadas as dificuldades já referidas anteriormente para o desenvolvimento das atividades educativas e as falhas referentes ao registro de informações nos prontuários, ressaltando-se a ausência de dados e as informações que são registradas com caligrafia pouco legível.

Buscamos, então, valorizar as dificuldades como ferramentas para incentivar as mudanças e encerramos o referido Encontro após três profissionais, espontaneamente, assumirem o compromisso de articular junto ao ACS responsável pela família, uma visita domiciliar, cujos resultados deveriam ser analisados no terceiro Encontro agendado para 16/04/14.

Entretanto, em decorrência do movimento de greve dos trabalhadores da saúde e de outras agendas dos profissionais que não aderiram à greve, este Encontro foi desmarcado e só aconteceu no dia 12/05/2014, no qual foi retomada a proposta de construção do PTS da família cadastrada no Programa Bolsa Família, constituída por quatro membros, o casal e duas filhas, sendo uma com 14 anos e outra com oito anos, que apresentavam excesso de peso. Nesse terceiro Encontro foi elaborado em conjunto com alguns profissionais do NASF, um roteiro preliminar para nortear a construção do Projeto Terapêutico Singular (Apêndice F), com a proposta de ser apresentado e analisado na Reunião da Equipe que acompanhava a referida família.

Na perspectiva da construção do PTS, os profissionais agendaram uma visita domiciliar para o dia seguinte, que não se realizou, pois a casa encontrava-se fechada. Avaliamos, então, que o PTS deveria ser trabalhado em outro momento, envolvendo todos os profissionais e a família. Foi sugerido que o caso fosse analisado na Reunião de Equipe.

No intuito de pensarmos outras possibilidades de inserir as ações de promoção da alimentação saudável, lançamos a proposta de realizarmos uma Oficina para refletirmos sobre as práticas educativas para promoção da saúde. A proposta foi acatada e junto com os profissionais do NASF da Afya realizamos três Encontros “Preparando a Oficina”.

No primeiro Encontro, realizamos a leitura e debate do texto “Fazendo Oficina” (Anexo 5). As reflexões e debates possibilitaram compreender que a Oficina é um espaço de criação e descobertas, no qual processo e produto compõem uma unidade dialética, possibilitando trabalhar distintas dimensões do ser humano: o sentir, o pensar, o agir, colocando o desafio de um modo de trabalhar que se opõe ao tradicional. O processo de realização da Oficina tem as seguintes características: é pluridimensional, criativo, coletivo, planejado e coordenado (CORCIONE, 2004).

No segundo e terceiro Encontros, a partir dos elementos debatidos no texto, construímos a programação da Oficina (Apêndice E), com objetivos e estratégias metodológicas, e pactuamos as providências necessárias com respectivos responsáveis para a execução da mesma, cuja descrição segue no próximo tópico.

4.1 OFICINA “REPENSANDO AS PRÁTICAS EDUCATIVAS PARA A PROMOÇÃO DA ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL”: EXPERIMENTANDO COMPOR ESTRATÉGIAS DE CONTINUIDADE DO CAMINHO

Iniciamos os preparativos para a Oficina, organizando a sala, com as cadeiras dispostas em círculo e duas mesas contendo alimentos e condimentos variados.

A Oficina teve início com as boas vindas aos participantes através de momento musical, sob a responsabilidade de um profissional do NASF. Em seguida, foram realizadas pactuações em relação aos horários. Dando prosseguimento a programação, foi realizada dinâmica de apresentação, na qual cada participante referiu o seu nome e um alimento com significado importante na sua história alimentar. É oportuno destacar que a banana foi um alimento bastante citado entre os participantes, sendo ressaltado por alguns profissionais, a sua significação referente às subjetividades e as fantasias. Finalizamos esta etapa, ressaltando a partir das apresentações, os múltiplos significados e sentidos dos alimentos.

No momento seguinte “Repensando nossas práticas educativas”, retomamos o percurso das reflexões e debates acerca desta temática, desde o início da pesquisa. Uma profissional se colocou enfatizando as dificuldades de integrar as equipes nos trabalhos grupais, ressaltando que:

> Os grupos ficam como se fossem de um profissional e não da equipe!

Problemas já referidos no Capítulo anterior quanto ao processo de trabalho foram também destacados: a fragmentação do trabalho, a falta de planejamento das ações coletivas, a falta de articulação entre o que faz a USF e outras instituições como o Centro de Referência em Assistência Social-CRAS. A ausência de médicos, enfermeiros e direção naquela Oficina também foram destacados.

Outra questão abordada foi o Grupo do Auto-Cuidado Apoiado, uma oferta da SMS de Natal, que não foi adiante. Na avaliação de uma profissional do NASF isso ocorreu em decorrência de não ter sido feito um trabalho articulado com o NASF e a USF.

Após essas reflexões e debates realizamos a apresentação e leitura conjunta do texto “Repensando a nossa prática” (Anexo 7), que suscitou os seguintes comentários:

> Transmitimos informações.
>
> A gente é presa a resultados, mas o que falta é monitoramento e avaliação.
>
> A informação não deve ser abolida, mas deve ser incrementada com outras estratégias que afete o desejo das pessoas.
>
> As pessoas só ficam curadas quando elas se transformam. Mudar a si mesmo é difícil, imagine mudar o outro.

Vale salientar, que o referido texto apresenta considerações sobre a educação pautadas no referencial teórico da educação problematizadora proposta por Paulo Freire.

Esse autor, no livro Pedagogia do Oprimido, uma de suas obras mais famosa, propõe a concepção problematizadora da educação, a qual objetiva a “educação como prática da liberdade”, apresentando como essência para tal, a dialogicidade. O autor enfatiza a compreensão do diálogo como “um fenômeno humano” “uma exigência existencial” e ressalta que “não é no silêncio que os homens se fazem, mas na palavra, no trabalho, na ação-reflexão” (FREIRE, 1987, p.78).

Salienta, que “não existe diálogo, sem esperança. A esperança está na própria essência da imperfeição dos homens, levando-os a uma eterna busca”. Nesse sentido, destaca ainda que “o diálogo se faz uma relação horizontal, ao fundar-se no amor, na humildade e na fé nos homens” (Ibidem, p.81).

A concepção e a prática da educação problematizadora partem do caráter histórico e da historicidade dos homens, reconhecendo-os como:

> Seres inacabados, inconclusos, em e com uma realidade que, sendo histórica também, é igualmente inacabada. [...] Desta maneira, a educação se re-faz constantemente na práxis(Ibidem,p.72-73).

Portanto, a educação problematizadora implica em mudanças, transformações que se dão a partir de um processo em que educadores e educandos se fazem sujeitos, superando a contradição entre educador e educando. Assim:

> Ambos crescem juntos. Desta maneira, o educador já não é o que apenas educa, mas, o que, enquanto educa, é educado, em diálogo com o educando que, ao ser educado, também educa. Nesse sentido, ninguém educa ninguém, como tampouco ninguém se educa a si mesmo: os homens se educam entre si, mediatizados pelo mundo (Ibidem, p.68-69).

Dando prosseguimento a Oficina, alguns profissionais do NASF apresentaram experiências que vivenciaram na perspectiva da construção coletiva, e da educação problematizadora em outras Unidades. Foi ressaltada a necessidade de não ficar só nos problemas, mas valorizar também as potencialidades. Diante do horário pactuado para o término, as atividades do turno matutino foram encerradas e os participantes presentes foram convidados para o almoço.

No turno vespertino, os comentários foram retomados e uma profissional do NASF enfatizou a necessidade de buscar construir pactuações entre os profissionais e os usuários da USF quanto às práticas de prevenção e de promoção. Os agentes comunitários de saúde-ACS expressaram suas preocupações no que diz respeito à falta de planejamento e de comunicação e a não participação de todos os profissionais. Outros aspectos abordados referem-se às áreas que estão sem ACS, os cuidadores que estão adoecendo e a valorização das ações curativas, que muitas

vezes impossibilita as iniciativas de rodas de conversa e reuniões. Foi enfatizado que, algumas vezes, essas atividades são até desvalorizadas.

Após o exercício de repensar as práticas, que ocorreu no momento anterior, foi realizada a vivência para percepção dos alimentos. A pessoa que teve os olhos vendados referiu:

> Me senti como se estivesse em um quarto escuro, submetida a todo tipo de sensação! Mas, foi interessante!

Alguns alimentos/condimentos foram identificados através do olfato, como a hortelã da folha miúda, o alecrim, o orégano; outros pelo cheiro e sabor como laranja, limão, pimenta, canjica; ou pela forma e textura, como a banana, o melão, a pinha, o maracujá. Alguns alimentos foram associados a significações culturais como as uvas passas da compota de maçã com passas:

> É aquele negócio que come nas festas de final de ano!

E o orégano:

> É aquilo que coloca em pizza!

Após a vivência e as reflexões sobre os vários sentidos e significados dos alimentos, passamos para o momento de construção de propostas de reorganização das práticas educativas e dos processos de trabalho.

É oportuno destacar que apesar da busca pelo enfrentamento dos dilemas e desafios que perpassam a realização das práticas educativas, ainda se observam lacunas entre as ações desenvolvidas no âmbito local e os referenciais presentes na formulação das políticas, predominando o enfoque voltado para a prevenção e a recuperação da saúde, embasado no modelo biomédico tradicional, em detrimento do enfoque da promoção da saúde no contexto da segurança alimentar e nutricional e do direito humano á alimentação adequada.

> Embora haja uma preocupação crescente em relação às bases teórico-metodológicas que regem as ações educativas em alimentação e nutrição, as mesmas também se situam em modelos tradicionais baseados na transmissão de informações com a hegemonia de técnicas como palestras, produção de materiais informativos, dentre outros. [...] Em muitas publicações as alusões a

> autores como Paulo Freire e à educação popular em saúde como referências teóricas são frequentes. Entretanto, alguns estudos indicaram uma distância entre o que é dito e o que é feito na prática cotidiana (SANTOS, 2012a, p.461).

Deste modo, as considerações apresentadas apontam para a necessidade de aprofundar as reflexões acerca da formação e da prática profissional no campo da educação alimentar e nutricional, na perspectiva de que os reconhecidos avanços nos discursos sobre o tema possam se refletir, na mesma proporção, em avanços nas práticas cotidianas desenvolvidas pelos profissionais. Como nos lembra Paulo Freire, no livro Pedagogia da Autonomia, "a reflexão critica sobre a prática se torna uma exigência da relação teoria/prática sem a qual a teoria pode ir virando blábláblá e a prática, ativismo" (FREIRE, 1996, p.24). Desse modo, "é preciso aprender a ser coerente. De nada adianta o discurso competente se a ação pedagógica é impermeável a mudanças" (Ibidem, p.11).

Nesta perspectiva, Schõn (2000), em seu livro "Educando o profissional reflexivo – um novo design para o ensino e a aprendizagem", destaca que:

> Os currículos normativos das escolas, em geral refletem o dilema institucionalizado entre rigor ou relevância; baseiam-se em uma visão de conhecimento profissional como aplicação da ciência a problemas instrumentais, ou seja, uma visão tradicional de conhecimento como informação privilegiada ou especialização.[...] O ensino como transferência de informação e a aprendizagem como o recebimento, a armazenagem e a digestão de informações. O "saber que" tende a assumir prioridade em relação ao "saber como", e o "saber como", quando aparece, toma a forma de técnica baseada na ciência (Ibidem, p.226).

Contrapondo-se a esta formação tradicional, embasada em uma forma cartesiana, caracterizada por uma desvinculação entre teoria e prática e por uma prática como consequência de uma sólida formação teórica, o referido autor propõe uma formação que contribua com a renovação do processo de ensino e aprendizagem, que promova a interação entre teoria e prática, com base em um ensino reflexivo, capaz de possibilitar a "reflexão na ação", privilegiando o "aprender através do fazer", estimulando a capacidade de refletir através da interação educador-educando em diferentes situações práticas, permitindo assim, a formação de profissionais criativos, capazes de dar conta das demandas apresentadas pela prática.

Entretanto, Pinto (2006) chama a nossa atenção quando afirma que “no que pese os mais de vinte anos de investigação de Schõn com esta temática e os vários trabalhos resultantes de suas provocações, o conceito de reflexão na ação” (PINTO, 2006, p.120), não é suficiente para esclarecer sobre o que e como o profissional reflete e quais os efeitos desta reflexão, “delimitando uma problemática e um campo conceitual que ainda devem ser construídos” (Ibidem apud PERRENOUD, 2002, p.14).

A referida autora salienta, ainda, que:

> Apesar de todos refletirmos na ação e sobre a ação, nem por isso nos tornamos profissionais reflexivos. Refletir episodicamente sobre o que fazemos é diferente de adotar uma postura reflexiva. [...] Para a instauração da prática reflexiva, como exercício profissional, torna-se necessário exercitá-la, construindo assim, o alicerce à formação ao longo de toda a vida, hoje indispensável a todas as pessoas (PINTO, 2006, p.79-80).

Santos (2013, p.598) em artigo que reflete sobre os possíveis avanços e desdobramentos do Marco de Referência em Educação Alimentar e Nutricional para as Políticas Públicas destaca que “torna-se relevante refletir sobre o que está sendo ensinado em EAN nos currículos de nutrição do Brasil e o quanto a formação se aproxima ou se distancia dos princípios e das diretrizes, expressos no Marco”?

Corroboramos com a autora e entendemos ser necessário, também, extrapolar essa reflexão para o âmbito de outras profissões, considerando que o tema da promoção da alimentação saudável é transversal, multidimensional e transdisciplinar: Qual o lugar que a educação em saúde, incluindo a educação alimentar e nutricional no contexto da promoção da saúde, da segurança alimentar e nutricional e da clínica ampliada está ocupando nos currículos das profissões de saúde e nos processos de educação permanente no SUS? Como está sendo ensinada?

Portanto, a educação alimentar e nutricional para promoção da alimentação saudável na Atenção Primária não é um processo fácil, banal. Boog (2013, p.268) chama atenção para um aspecto fundamental referente ao papel do educador:

> Não nos formamos educadores. As Universidades não nos formam para sermos educadores. Formamo-nos técnicos e o papel de educador é outro, para o qual se demanda um esforço pessoal de

> leitura, estudo, reflexão, análise de situações, de compreensão e de ensaio metodológico, nascidos da leitura crítica da realidade, de um olhar avaliativo que não inquire somente sobre resultados numéricos, mas que indaga acerca dos significados das ações profissionais para as pessoas.

Deste modo, pensar a educação alimentar e nutricional na perspectiva da promoção da alimentação saudável implica em considerá-la como uma prática social, historicamente determinada, assim como as demais práticas educativas, que na perspectiva freireana do “educar com”, exigem postura democrática e dialógica, amorosidade, fé nas pessoas e compromisso profissional, visando à construção de processos que promovam o autoconhecimento e o conhecimento da realidade, capazes de romper com a fragmentação, o individualismo, a competitividade, a culpabilização das pessoas, característicos da sociedade capitalista.

Evidencia-se que apesar da educação alimentar e nutricional está sendo objeto de atenção na formulação das políticas públicas e no âmbito acadêmico, das mudanças nos projetos pedagógicos dos cursos da área da saúde, ainda existem desafios a serem enfrentados e superados, tanto no âmbito das macropolíticas como das micropolíticas, no cotidiano dos processos de trabalho.

Deste modo, há muito que se fazer. A realização de ações de educação alimentar e nutricional na Atenção Primária à Saúde constitui-se em tarefa complexa e instigante. Para tanto, Boog (2013,p.151) afirma que é necessário ter clareza que “o objetivo da educação alimentar e nutricional não é o de levar as pessoas a obedecer a prescrições e dietas preconizadas pelos profissionais de saúde sobre o que fazer e o que não fazer”.

A autora apresenta três argumentos para justificar tal afirmação:

> Em primeiro lugar porque a educação deve voltar-se à pessoa como um todo e ao seu viver no mundo e não só à dieta, especificamente; em segundo, porque a educação busca a autonomia e não a heteronomia; em terceiro lugar, porque a pessoa precisa de tempo para reconstruir informações que recebe integrá-las a seu modo de pensar e agir, desenvolvendo, ela própria, estratégias para enfrentar os desafios cotidianos, empenhando-se em uma busca não só de saúde, mas de vida, com qualidade em todos os aspectos (Ibidem, p.151).

Consideramos que pensar a educação alimentar e nutricional nessa perspectiva pressupõe transformações nos modos de ensinar, de aprender e de fazer. Implica

em mudanças na formação e qualificação dos profissionais e nos processos de trabalho, mas, também, em aceitar o desafio de “reformar o pensamento”, ousar pensar diferente e buscar o novo. Portanto, é difícil, mas, não é impossível. Não podemos perder a esperança e capacidade de lutar, de buscar possibilidades, pois, conforme nos fala Freire (1987, p.82): “não é a esperança um cruzar de braços e esperar”.

Dando prosseguimento à Oficina uma profissional do NASF falou de ofertas que a equipe poderia fazer à USF, a partir das ações que já são desenvolvidas. Uma ACS falou de um caso em que fica bem evidente a dimensão cuidadora das práticas de saúde, referente a mudanças nas formas de oferecer os alimentos para um idoso. A nutricionista do NASF comenta a idéia de desenvolver trabalho com as estagiárias de Nutrição, no próximo semestre, referente ao Programa ”Cinco ao Dia” para estimular o consumo de frutas, verduras e legumes.

Após os profissionais dialogarem acerca destas ideias, apresentaram as seguintes propostas de encaminhamento:

- Retomar as reuniões sistemáticas da Equipe 93 e fortalecer as reuniões das equipes 92 e 93, como espaços de trocas de saberes, experiências e construção compartilhada;

- Pautar na reunião de equipe a construção do Projeto Terapêutico Singular-PTS que não foi possível durante o período da pesquisa.

- Realizar “Encontros Temáticos”, regularmente.

- Ampliar diálogo com escola e com o CRAS.;

- Implantar ações de promoção da saúde voltadas aos trabalhadores da USF da Afya, sendo sugeridas naquela ocasião: avaliação nutricional e educação alimentar e nutricional.

Após as proposições, considerando o pouco tempo disponível e a notícia de que estava acontecendo um protesto e as pontes seriam interditadas, foi pactuada a criação de uma comissão constituída por dois profissionais do NASF, uma agente de saúde e uma técnica de enfermagem para elaborar projeto de ações de promoção à

saúde voltadas aos profissionais e apresentar para apreciação nas reuniões de equipe, bem como, articular o encaminhamento das demais proposições.

A Oficina prosseguiu com o momento de avaliação, no qual os participantes expressaram com uma palavra o sentimento após a sua realização. As palavras foram: “motivada”; “esperançosa”; “feliz”; “confiante”; “expectativa”; “motivado”; ”animado”; “repactuação”; “perserverança”; “nova visão-saciada”; “continuar na teimosia”, apontando talvez, que apesar das dificuldades o desejo de fazer diferente pode ser potencializado com a aposta na construção coletiva do saber-fazer.

Em seguida, finalizando a Oficina, realizamos uma Ciranda, cuja letra da música dizia: “Essa ciranda não é minha só, ela é de todos nós, ela é de todos nós. [...] Prá se dançar ciranda, juntamos mão com mão, formando uma roda [...]”. Aproveitamos o momento lúdico para ressaltar as convergências entre a letra da música e o processo de produção da nossa pesquisa, agradecendo a participação de todas as pessoas presentes.

Essa Oficina marcou o encerramento do trabalho de campo. É importante destacar que identificamos algumas dificuldades na sua realização, tais como: atraso no horário de início, tendo em vista que os profissionais estavam envolvidos em atividades assistenciais; fragilidades referentes à dispersão dos profissionais em alguns momentos; a monopolização da fala de alguns e dificuldade em respeitar a fala do outro, gerando incômodo em algumas pessoas que se expressaram corporalmente, e a não participação de quatro profissionais que assinaram o TCLE, mas justificaram a ausência referindo à necessidade de resolver questões administrativas e de cumprir a agenda após longo período de greve. Contudo, consideramos que foi um momento que parece ter contribuído para uma maior integração entre os participantes, para trocas de saberes e experiências, e para motivação dos profissionais na perspectiva de construção de outras possibilidades no seu cotidiano de trabalho, frente ao desafio de produzir saúde.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS OU CAMINHOS TRANVERSAIS E INACABADOS

> O senhor... Mire veja: o mais importante e bonito, do mundo, é isto: que as pessoas não estão sempre iguais, ainda não foram terminadas – mas que elas vão sempre mudando. Afinam ou desafinam. Verdade maior. É o que a vida me ensinou. Isso me alegra montão (GUIMARÃES ROSA, 2001, p. 39)

Ao me aproximar do término deste estudo, vem à tona as inquietações decorrentes da impossibilidade de chegar ao fim do problema pesquisado, tendo em vista a complexidade que envolve a promoção da saúde e da alimentação saudável, o dinamismo do processo criativo, o caráter inacabado do ato de conhecer e a nossa condição de seres inconclusos.

À medida que chegávamos perto do ponto final, definido como a finalização do trabalho de campo, foram surgindo outros aspectos que gostaríamos de ter abordado no decorrer do estudo, apontando as imperfeições e os limites intrínsecos ao processo de produção do conhecimento.

As ideias e considerações apresentadas neste estudo representam um ponto de chegada de um trajeto percorrido com o propósito de contribuir para a inserção transversal de ações de promoção da alimentação saudável nas práticas desenvolvidas por profissionais de um Núcleo de Apoio à Saúde da Família e uma Unidade de Saúde da Família do município de Natal, mas também em um ponto de partida e de passagem para o desenvolvimento de novos caminhos, estudos, reflexões e possibilidades.

Ao mesmo tempo se constituem em aprendizados produzidos ao longo de minha formação e atuação profissional, em diferentes espaços, que possibilitaram a minha compreensão de que somos “eternos aprendizes” e me instigaram a apostar na construção coletiva do saber-fazer como estratégia para transformação das práticas de cuidado em saúde.

Na sociedade contemporânea, o campo da Saúde Coletiva e, mais especificamente, da Nutrição, é desafiado a contribuir com a construção da Segurança Alimentar e Nutricional e a garantia do Direito Humano à Alimentação Adequada, na perspectiva da promoção da saúde.

Partindo das percepções dos profissionais do NASF e da USF da Afya sobre promoção da saúde, alimentação saudável e educação alimentar e nutricional e dos seus processos de trabalho, fomos construindo junto com estas equipes, espaços de encontros que possibilitaram reflexões sobre as articulações entre estes conceitos, bem como, acerca das dificuldades e potencialidades para o desenvolvimento de ações de promoção da saúde e da alimentação saudável, desvelando algumas possibilidades, na perspectiva do fortalecimento de novas formas de produzir saúde, considerando que ainda predominam as ações pautadas por procedimentos de intervenção biológica, normativos, prescritivos, que desconsideram as singularidades de cada pessoa, como se elas respondessem à intervenção da mesma maneira.

Entretanto, os profissionais referiram como possibilidades para mudanças: o trabalho em equipe, a integração entre os profissionais, a valorização das ações de promoção da saúde. Porém, em alguns momentos, aparentaram não se reconhecer como sujeitos com potencialidades para transformar, atribuindo esta responsabilidade aos gestores.

O estudo apontou, portanto, para a necessidade de reorganização das práticas de cuidado, na perspectiva da articulação intra e intersetorial e da construção de novas tecnologias, tais como: Projeto de Saúde do Território – PST, Projeto Terapêutico Singular-PTS, Clínica Ampliada e Compartilhada, práticas educativas com metodologias ativas de ensino-aprendizagem.

Para tanto, parece ser essencial a “reforma do pensamento”, a partir de mudanças na formação profissional e do fortalecimento dos espaços de educação permanente, considerando a complexidade que envolve a alimentação, a educação alimentar e nutricional e a promoção da saúde.

Ressalta-se, porém, que esta “reforma do pensamento” deve estar articulada e imbricada à produção de saberes e práticas que favoreçam a intersetorialidade, a transversalidade, o diálogo e a postura democrática e solidária, com base na construção coletiva do saber-fazer.

Evidencia-se que a promoção da alimentação saudável na Atenção Primária à Saúde requer o desenvolvimento de ações intra e intersetoriais, transdisciplinares, o que implica em processos de trabalho nos quais a gestão do cuidado seja

compartilhada entre as várias pessoas envolvidas, o que pressupõe a autonomia dos sujeitos, demandando a produção de novas tecnologias em saúde, que rompam com o modelo, ainda hegemônico, centrado na doença, e valorizem a pessoa, com suas histórias de vida, suas singularidades, incluindo também os sinais e sintomas das doenças, que precisam ser acolhidos e compreendidos.

Neste contexto, faz-se necessário buscar contribuir com a criação de novos sentidos e significados para o ato de comer, considerando as inter-relações do processo saúde-doença-cuidado, estimulando as pessoas a inventar caminhos e possibilidades, mesmo diante de uma situação que impõe certos limites.

A partir da compreensão do universo de fatores (sociais, econômicos, psicológicos, culturais), de sentidos e de significados que envolvem a alimentação humana, e da reflexão/problematização sobre as experiências do cotidiano e da história alimentar das pessoas, os profissionais podem contribuir não apenas como repassadores de informações e orientações, mas, como estimuladores da criatividade, da autonomia, potencializando a capacidade da descoberta de novos sabores, novas cores e combinações de alimentos.

Contudo, não existem portarias, decretos, fórmulas mágicas ou receitas prontas para esta construção. As pequenas transformações do cotidiano precisam ser valorizadas, considerando que são perpassadas por tensões e contradições, decorrentes de macro e micro determinações que colocam em cheque a efetivação das ações de promoção da saúde e da alimentação saudável.

Esperamos que este estudo possa contribuir com reflexões que potencializem mudanças nos modos de fazer e possibilitem iniciativas que estimulem a construção de práticas que promovam a alimentação saudável na Atenção Primária à Saúde, articulando as ações preventivas, a Clínica e a promoção da saúde na perspectiva da integralidade do cuidado e de saberes, fortalecendo à realização da Segurança Alimentar e Nutricional e a garantia do Direito Humano à Alimentação Adequada e Saudável.

REFERÊNCIAS

ALCIDES, Emília Carla de Almeida. **Promoção das práticas alimentares enquanto ação de Agentes Comunitários de Saúde em bairro da cidade de Salvador, Bahia**. 2011.134f. Dissertação (Mestrado do Programa de Pós-Graduação em Nutrição) Escola de Nutrição. Universidade Federal da Bahia, 2011.

ARAÚJO, Maria de Fátima; PINTO, Vera Lúcia Xavier; MARTINS, Ivone da Silva; GOMES, Paula Lima Galvão; FREITAS, Kília Lorena da Silva; INDA, Rachel Tellechea. Educação alimentar e nutricional na infância: retalhos de vivências. In: PINTO, Vera Lúcia Xavier, [et.al.] (org). **É de pequeno que se aprende? Promoção da alimentação saudável na Educação Infantil.** Natal, RN: EDUFRN, 2010,254p.

ASSIS, AM; SANTOS, SM; FREITAS, MC; SANTOS, JM; SILVA, MC. O Programa Saúde da Família: contribuições para uma reflexão sobre a inserção do nutricionista na equipe multidisciplinar**. Rev. Nutr.** set/dez, 2002; 15(3): 255-266.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE SAÚDE COLETIVA. **Dossiê ABRASCO – Um alerta sobre os impactos dos agrotóxicos na saúde. Parte 1 – Agrotóxicos, Segurança Alimentar e Nutricional e Saúde.** Carneiro, F. F.; Pignati, W.; Rigotto, R, M.; Augusto, L. G. S.; Rizzolo, A.; Faria, N. M. X.; Alexandre, V. P.; Friedrich, K.; Mello, M. S. C. Rio de Janeiro: ABRASCO, 2012

BARBIER, René. **A pesquisa ação na instituição educativa**. Tradução Estela dos Santos Abreu com a colaboração de Maria Wanda Maul de Andrade. Rio de Janeiro: JorgeZalhar Ed.,1985.

BATISTA FILHO, Malaquias; RISSIN, Anete. A transição nutricional no Brasil: tendências regionais e temporais. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 19(Sup. 1):S181-S191, 2003.

BOOG, Maria Cristina Faber. Educação Nutricional em serviços públicos de saúde. **Cad. de Saúde Pública**, 1999,15(supl 3): 139-47.

BOOG, Maria Cristina Faber. Atuação do nutricionista em saúde pública na promoção da alimentação saudável. **Revista Ciência&Saúde**, Porto Alegre, jan/jun,2008;1(1):33-42.

BOOG, Maria Cristina Faber. **O professor e a alimentação escolar: ensinando a amar a terra e o que a terra produz.** Campinas, SP: Komedi, 2008a.

BOOG, Maria Cristina Faber. **Educação em nutrição: integrando experiências**, Campinas, SP: Komedi, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 196, de 10 de outubro de 1996. Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília, DF, 1996.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Brasília, DF, 2012.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Projeto Promoção da Saúde. As Cartas da Promoção da Saúde.** Brasília, DF, 2002.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde; Série Pactos pela Saúde. 2006a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenação-Geral da Política de Alimentação e Nutrição. **Guia alimentar para a população brasileira**: **promovendo a alimentação saudável** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Coordenação- Geral da Política de Alimentação e Nutrição. Brasília: Ministério da Saúde, 2006 b. 210p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Geral de Alimentação e Nutrição. **Estratégias de Promoção da Alimentação Saudável para o nível local. (Relatório da oficina de Trabalho do I Seminário sobre Política Nacional de Promoção da Saúde**). Brasília – DF 2007.

_____. Ministério da Saúde. **Bases para a Educação em Saúde nos Serviços.** Documento Preliminar a ser submetido a processo de discussão e aperfeiçoamento na Oficina Nacional de Educação em Saúde nos Serviços do SUS. Brasília, 2008 .

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Matriz de ações de alimentação e nutrição na atenção básica de saúde** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 78 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde** / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação em Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009 a.

_____.Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Centro de Educação à Distância. Universidade de Brasília. **Curso de extensão para gestores do SUS em promoção da saúde** / Adriana Miranda de Castro [et al.] ; organizadores, Cristiane Scolari Gosch ...[et. al.]. – Brasília: CEAD/FUB, 2010.164 p.

_____. Ministério da saúde. **Textos de opinião: temas estratégicos para a Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN**) / Ação Brasileira pela Nutrição e Direitos Humanos (ABRANDH). Ministério da Saúde. – Brasília: Organização Pan Americana de Saúde (OPAS), 2011.196 p.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Atenção Primária e Promoção da Saúde** / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília: CONASS, 2011a. 197 p. (Coleção Para Entender a Gestão do SUS 2011, 3).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Alimentação e Nutrição** / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 84 p.: il. – (Série B. Textos Básicos de Saúde).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica** / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012a.110 p. : il. – (Série E. Legislação em Saúde)

_____. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Marco de referência de educação alimentar e nutricional para as políticas públicas.** Brasília, DF: MDS; Secretaria Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional, 2012b. 68 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Núcleo de Apoio à Saúde da Família.** Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 116p. (Cadernos de Atenção Básica nº39)

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Ver – SUS Brasil: cadernos de textos** / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação na Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.299 p.: il. color. – (Série B. Textos Básicos de Saúde)

BURITY, Valéria. [et,al.].**Direito humano à alimentação adequada no contexto da Segurança Alimentar e Nutricional**.Brasília,DF : ABRANDH,2010,204p.

BUSS, Paulo Marchiori. Promoção da Saúde e qualidade de vida. **Ciência&Saúde Coletiva.**v.5.n.1.p.163-178,2000.

BUSS, Paulo Marchiori. Uma introdução ao conceito de Promoção da Saúde. In: CZERESNIA, Dina (org.). **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendência**. Rio de Janeiro. Editora FIOCRUZ, 2003, p.15-38.

BUSS, Paulo Marchiori; CARVALHO, Antonio Ivo de. Desenvolvimento da promoção da saúde no Brasil nos últimos vinte anos (1988-2008). **Ciência & Saúde Coletiva**, 14(6): 2305-2316, 2009.

CAMPOS, Gastão Wagner de Souza. Clínica Ampliada e Paidéia. In: **Saúde Paidéia**. São Paulo, HUCITEC, 2003, p.50-77.

CAMPOS, Gastão Wagner de Souza. Prefácio. In: CASTRO, Adriana. MALO, Miguel. **SUS: ressignificando a promoção da saúde**. São Paulo, HUCITEC: OPAS, 2006,.

CAMPOS, Rosana Onocko. A promoção à saúde e a clínica: o dilema "promocionista". In: CASTRO, Adriana. MALO, Miguel. **SUS: ressignificando a promoção da saúde.** São Paulo, HUCITEC: OPAS, 2006, p.62-74.

CASTRO, Josué. **Geografia da fome (o dilema brasileiro: pão ou aço**). 10 ed. Rio de Janeiro: Antares Achiamé; 1980.

CASTRO, Inês Rugani Ribeiro de, et al.A culinária na promoção da alimentação saudável: delineamento e experimentação de método educativo dirigido a adolescentes e a profissionais das redes de saúde e de educação. **Rev. Nutr**., Campinas, 20(6): 571-588, nov./dez., 2007

CASTRO, IRR; CASTRO, LMC; GUGELMIN, SA. Ações Educativas, Programas e Políticas Envolvidos nas Mudanças Alimentares. In: DIEZ-GARCIA, Rosa Wanda, CERVATO- MANCUSO, Ana Maria. **Mudanças Alimentares e educação nutricional**. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 2011, p.18-34.

CASTRO, Inês Rugani Ribeiro de. Reflexões sobre a alimentação no contexto contemporâneo. **Revista Idéias na Mesa**. Obesidade: dá para reverter? 2ª edição. 2º/2013. www.ideiasnamesa.unb.br.

CASTRO, Adriana Miranda de[et al]; GOSH, Cristiane Scolari[et al].(Org.). Curso de Extensão para Gestores do SUS em promoção da saúde. Brasília: CEAD/FUB, 2010.164p.

CHIZZOTTI, Antonio. **Pesquisa em ciências humanas e sociais**. 3.ed. São Paulo: Cortez,1998.

CORCIONE, Domingos. Fazendo Oficina. In: BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria da Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Ver-SUS Brasil: cadernos de textos**. Brasília: MS, 2004,299p.

CORREIA, Maria Valéria Costa; MEDEIROS, Silvana Márcia de Andrade. As bases da promoção da saúde nas Conferências Internacionais e a Reforma Sanitária Brasileira: concepção do processo saúde-doença em questão. In: COSTA, Maria Dalva Horácio da.;VASCONCELOS, Kathleen Elaine Leal(org.).**Por uma crítica da Promoção da Saúde:contradições e potencialidades no contexto do SUS**. São Paulo: HUCITEC, 2014, p.111-158.

COSTA, Maria Dalva Horácio da. A intrínseca relação entre intersetorialidade e promoção da saúde. In: COSTA, Maria Dalva Horácio da.;VASCONCELOS, Kathleen Elaine Leal(org.).**Por uma crítica da Promoção daSaúde:contradições e potencialidades no contexto do SUS**. São Paulo: HUCITEC, 2014, p.159-246.

COUTINHO, J. G. GENTIL, P.C; TORAL. N. A desnutrição e obesidade no Brasil: o enfrentamento com base na agenda única da nutrição. Cad. Saúde Pública. Vol.24, Supl.2: S332-S340, 2008.

CZERESNIA, Dina; FREITAS, Carlos Machado. Apresentação. In: CZERESNIA, Dina (org.). **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendência**. Rio de Janeiro. Editora FIOCRUZ, 2003, p.9-14.

CZERESNIA, Dina. Conceito de Saúde e a Diferença entre Prevenção e Promoção. In: CZERESNIA, Dina (org.). **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendência**. Rio de Janeiro. Editora FIOCRUZ, 2003, p.39-54.

DESLANDES, Suely Ferreira; GOMES, Romeu. A pesquisa qualitativa nos serviços de saúde. Notas teóricas. In: BOSI, Maria Lúcia Magalhães; MARTINIEZ-MERCADO, Francisco (orgs). **Pesquisa Qualitativa de Serviços de Saúde**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2004.

DIAS, Nelsina Melo de Oliveira. **Mulheres "Sanitaristas de Pés Descalços"**. São Paulo: HUCITEC, 1991.

ELLIOT, John. Recolocando a pesquisa-ação em seu lugar original e próprio. In: GERALDI, Corinta; FORENTINI, Dario; PEREIRA, Elisabete (orgs.). **Cartografia do trabalho docente: professor (a) – pesquisador (a)**. Campinas: Mercado das Letras, 1998.

ESCODA, M. do S. Q. Para a crítica da transição nutricional. **Ciência & Saúde Coletiva**, 7(2): 219-226, 2002.

FERREIRA, J.R. & BUSS, P.M. Atenção Primária e Promoção da Saúde. In: BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **As Cartas da Promoção da Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

FREIRE, Paulo. **Pedagogia do Oprimido**. Rio de Janeiro. Paz e terra, 17 ed. 1987.

_____, Paulo. **Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa.** São Paulo: Paz e Terra; 1996.

_____, Paulo. **Pedagogia da indignação: cartas pedagógicas e outros escritos,** 2000, São Paulo, Editora UNESP, ISBN 85-7139-291-2.

FREITAS, Maria do Carmo Soares de.; Pena,Paulo Gilvane Lopes; FONTES,Gardênia Alves Vieira; SILVA,Denise Oliveira e. Hábitos Alimentares e os Sentidos do Comer. In: DIEZ- GARCIA, Rosa Wanda, CERVATO-MANCUSO, Ana Maria. **Mudanças Alimentares e educação nutriciona**l. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 2011, p.35-42.

FREITAS, Maria do Carmo Soares de. **Agonia da Fome**. Salvador: EDUFBA; FIOCRUZ, 2005, p.281.

FURTADO, Juarez Pereira. Um método construtivista para a avaliação em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, 6(1): 165-181, 2001.

GUIMARÃES ROSA, J. **Grande sertão: Veredas**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2001, 624p.

JAIME, Patrícia Constante; SILVA, Ana Carolina Feldenheimer da; LIMA, Ana Maria Cavalcante de; BORTOLINI, Gisele Ane. Ações de alimentação e nutrição na atenção básica: a experiência de organização no Governo Brasileiro. **Rev.Nutr**. Campinas, 24(6): 809-824, nov./dez. 2011.

JOSSO, Marie-Christine. **Experiências de vida e formação**. Tradução de José Claúdio, Júlia Ferreira. Revisão científica Maria da Conceição Passeggi. 2ª ed. Ver. E ampl. Natal, RN:EDUFRN;São Paulo:Paulus,210,341p. – (Coleção Pesquisa (auto) biográfica &Educação, Série Clássicos das Histórias de Vida).

LIBÂNEO, José Carlos. **Democratização da Escola Pública: a pedagogia crítico-social dos conteúdos**. 21ª ed. São Paulo: Edições Loyola, 2006.

LONDRES, Flavia **Agrotóxicos no Brasil: um guia para ação em defesa da vida**. Rio de Janeiro: ASPTA – Assessoria e Serviços a Projetos em Agricultura Alternativa, 2011. 190 p.

LOURAU, R. René Lourau na UERJ- 1993. **Análise Institucional e Práticas de Pesquisa**. Rio de Janeiro, Editora da UERJ, 1993.

MARTINIANO, Cláudia Santos; SAMPAIO, Juliana; SILVEIRA, Sandra Amélia Sampaio. Os desafios do Núcleo de Apoio à Saúde da Família para a consolidação da Atenção Primária à Saúde na perspectivada promoção da saúde. In: COSTA, Maria Dalva Horácio da.;VASCONCELOS, Kathleen Elaine Leal(org.).**Por uma crítica da Promoção da Saúde: contradições e potencialidades no contexto do SUS**. São Paulo: HUCITEC, 2014, p. 353-390.

MARTINS, Gilberto de Andrade; THEÓPHILO, Carlos Renato. **Metodologia da investigação científica para ciências sociais aplicadas.** São Paulo: Atlas, 2007.

MEDEIROS, Erileide; DANTAS, Ivone; ANDRÉ, Luciana; NUNES, Marisa. África: impressões de uma comunidade. 1991-2008. Cartilha Unidade Básica de Saúde da Comunidade África, Natal, RN,2008.

MEHRY, Emerson Elias, et al, organizadores. **O trabalho em saúde: olhando e experenciando o SUS no cotidiano**. 4ª edição. São Paulo: Editora Hucitec, 2007.

MELO Rachel Ribeiro Resende dos. **As faces da exclusão social na comunidade África.** Dissertação (Programa de Mestrado em Geografia da Universidade Federal do Rio Grande do Norte), 100f,2006.

MENDES, Eugênio Vilaça. As redes de atenção à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, 15(5): 2297-2305, 2010.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O Desafio do Conhecimento. Pesquisa Qualitativa em Saúde**. Hucitec-ABRASCO, São Paulo-Rio de Janeiro, 1992.

MORIN, Edgar. **Os sete saberes necessários à educação do futuro**. Tradução de Catarina Eleonora F. da Silva e Jeanne Sawaya; revisão técnica Edgard de Assis Carvalho. 8.ed.São Paulo:Cortez;Brasília,DF:UNESCO,2003.

_____, Edgar. **A cabeça bem-feita: repensar a reforma, reformar o pensamento**. Tradução Eloá Jacobina. 10ª ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2004. 128p.

_____, E. **Ciência com consciência**. Trad. Maria D. Alexandre e Maria Alice Sampaio Dória. 10 ed. Rio de Janeiro: Berthand Brasil, 2007, 350 p.

_____, E; CURANA, Emilio-Roger; MOTA, Raúl Domingo. **Educar na era planetária: o pensamento complexo como método de aprendizagem no erro e na incerteza humana.** Tradução Sandra Trabuco Valenzuela; Revisão Técnica da Tradução Edgard de Assis Carvalho. 2.ed.São Paulo:Cortez,Brasília,DF : UNESCO,2007a .

NATAL, Prefeitura Municipal do Natal. Secretaria Municipal de Meio Ambiente e Urbanismo. **Anuário Natal 2013** / Organizado por: Carlos Eduardo Pereira da Hora, Fernando Antônio Carneiro de Medeiros, Luciano Fábio Dantas Capistrano. – Natal: SEMURB, 2013.

NEVES, R. F. **A interação do Ciclo da Experiência de Kelly com o Círculo Hermenêutico-Dialético, para a construção de conceitos de Biologia**. Dissertação de Mestrado em Ensino das Ciências. Universidade Federal Rural de Pernambuco, Recife, 2006.

OLIVEIRA, Maria Marly de. **Formação em associativismo e desenvolvimento no Nordeste do Brasil: a experiência de Camaragibe**. 1999. 320 f. Tese (Doutorado em Educação). Universidade de Sherbrooke, Canadá, 1999.

OLIVEIRA, Maria Marly de. **Metodologia Interativa: um desafio multicultural À produção do conhecimento.** V Colóquio Internacional Paulo Freire. Recife, 19 a 22-setembro de 2005. http://www.paulofreire.org.br/pdf/relatos_experiencia/. Acesso em 13/03/2013.

OLIVEIRA, Maria Marly de. **Como fazer pesquisa qualitativa**. 5.ed.Petrópolis,RJ : Vozes,2013.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **A atenção à saúde coordenada pela APS: construindo as redes de atenção no SUS: contribuições para o debate**. Organização Pan-americana de Saúde. Brasília, 2011.

PEDROSA, José Ivo. Promoção da Saúde e Educação em Saúde. In: CASTRO, Adriana. MALO, Miguel. **SUS: ressignificando a promoção da saúde**. São Paulo, HUCITEC: OPAS, 2006, p.77-95.

PEZZATO, Luciane Maria. **Encontros, instituições e sujeitos em análise: a alta pactuada em saúde bucal.** Tese (Doutorado) Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas Campinas, SP: [s.n.], 2009.

PINTO, Vera Lúcia Xavier. A importância da utilização da pedagogia de projetos em educação nutricional na atenção básica: a reflexividade como idéia e como ação. In: GUEDES, A. E. L. (org.). **As ações de nutrição na atenção à saúde: reflexões, desafios e perspectivas**. Natal,RN. EDUFRN-Editora da UFRN, 2006, p. 79-105.

PINTO, V. L. X. **As coisas estão no (meu) mundo, só que eu preciso aprender: Autobiografia, reflexividade e formação em educação nutricional**. Natal, RN, 2006, 279p. Tese (Doutorado em Ciências Sociais). Centro de Ciências Sociais Aplicadas. Programa de Pós-Graduação. Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Natal, RN, 2006a.

PINHEIRO, Anelise Rizzolo de Oliveira; RECINE, Elisabetta G. CARVALHO, Maria de Fátima Cruz Correia de PASQUIM, Elaine. As práticas alimentares saudáveis: a promoção da saúde no contexto da Segurança Alimentar e Nutricional. In: CASTRO, Adriana. MALO, Miguel. **SUS: ressignificando a promoção da saúde**. São Paulo, HUCITEC; OPAS, 2006, p.187-207.

PREFEITURA MUNICIPAL DE NATAL. Secretaria Municipal de Saúde. Relatório Situacional Secretaria Municipal de Saúde. Natal/RN, novembro de 2012.

RAMOS, Berenice Ferreira. Promoção da Saúde no cotidiano dos serviços de saúde: um caminho com muitas barreiras. In: COSTA, Maria Dalva Horácio

da.;VASCONCELOS, Kathleen Elaine Leal(org.).**Por uma crítica da Promoção da Saúde: contradições e potencialidades no contexto do SUS**. São Paulo: HUCITEC, 2014, p. 321-354.

RAMOS, Natascha Façanha Silva. **O Nutricionista da Atenção Básica à Saúde do Distrito Federal: um olhar sobre si mesmo e as ações de atenção nutricional**. Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Nutrição Humana da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília, Brasília, setembro, 2011.

ROCHA, M. L.; AGUIAR, K. F. "Pesquisa-intervenção e a produção de novas análises". **Psicologia: ciência e profissão**. (Versão eletrônica). Brasília, 2003. Dez., 23(4): 64-73.

RODRIGUES, Bianca Arnoud. **Doce Vida: um estudo sobre a experiência alimentar e os desafios para o tratamento dietético em pessoas vivendo com Diabetes Mellitus**. Dissertação (Mestrado do Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio Grande do Norte), 95f.,2013.

SANTOS, L. A. da S. Educação alimentar e nutricional no contexto da promoção de práticas alimentares saudáveis. **Revista de Nutrição**, Campinas, 18(5): 681-692, 2005.

SANTOS, L. A. da S. O fazer educação alimentar e nutricional: algumas contribuições para reflexão. **Ciência & Saúde Coletiva**, 17(2): 453-462, 2012.

SANTOS, Boaventura de Sousa. Prefácio. In: Parte 3 Agrotóxicos, conhecimento científico e popular: construindo a ecologia de saberes. Associação Brasileira de Saúde Coletiva. Dossiê ABRASCO. Um alerta sobre os impactos dos Agrotóxicos na Saúde. Grupo Inter GTs de Diálogos e Convergências da ABRASCO X Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva Porto Alegre, 2012a.

SANTOS, Lígia Amparo. Avanços e desdobramentos do marco de referência da educação alimentar e nutricional para políticas públicas no âmbito da universidade e para os aspectos culturais da alimentação. **Rev. Nutr.**, Campinas, 26(5):595-600, set./out., 2013.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE NATAL. Núcleo de Apoio à Saúde da Família. RELATÓRIO NASF. Natal, RN, dez, 2012.

SILVA, Denise Oliveira e; RECINE, Elisabetta G. Iole Giovanna; QUEIROZ, Eduardo Flávio Oliveira. Concepções de profissionais de saúde da atenção básica sobre a alimentação saudável no Distrito Federal, Brasil. **Cad. Saúde Pública**. 18(5): 1367-1377, set/out, 2002.

SILVA,Denise Oliveira e. Reflexões conceituais e de profissionais de saúde sobre a promoção da alimentação saudável. In: DIEZ- GARCIA, Rosa Wanda, CERVATO-MANCUSO, Ana Maria. **Mudanças Alimentares e educação nutriciona**l. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 2011,p.164-172.

SILVEIRA, Thiago Araújo da; OLIVEIRA, Maria Marly de. Formação inicial e saberes docentes no ensino de química através da utilização do círculo hermenêutico-

dialético. Encontro Nacional de Pesquisa em Educação e Ciências – VII ENPEC, Florianópolis, 08 de novembro de 2000.

SHÕN, Donald A. **Educando o profissional reflexivo – um novo design para o ensino e a aprendizagem.** Tradução: Roberto Cataldo Costa.Porto Alegre: Artes Médicas Sul-ARTMED,2000.

SOARES, S.. Medicina e Filosofia hoje: uma aproximação necessária para as Cidades Saudáveis. **Archa**i: **Revista de estudos sobre as origens do pensamento ocidenta**l, Brasília, Vol. 0, N. 4, abr. 2010. Disponível em: <http://seer.bce.unb.br/index. php/archai/article/view/360/1147>. Acesso em: 03 Mar. 2013.

SOUZA, Elizabethe Cristina Fagundes de. **Doença, narrativas e subjetividades: patografias como ferramentas para a Clínica**. Natal, RN: EDUFRN, 2011,258p.

THIOLLENT, M. **Pesquisa-Ação nas Organizações**. Ed. Atlas. São Paulo, 1997.

THIOLLENT, Michael. **Metodologia da pesquisa-ação**. 11 ed. São Paulo: Cortez. 2002.

THIOLLENT, Michael. **Metodologia da pesquisa-ação**. 18 ed. São Paulo: Cortez. 2011.

TEIXEIRA, Carmen Fontes. Promoção da saúde e SUS: um diálogo permanente. In: CASTRO, Adriana. MALO, Miguel. **SUS: ressignificando a promoção da saúde**. São Paulo, HUCITEC; OPAS, 2006, p41-61.

WESTPHAL, Márcia Faria. Promoção da Saúde e Prevenção de Doenças. In: CAMPOS, GWS [et al]. **Tratado de Saúde Coletiva**.2.ed.rev.aum.São Paulo: HUCITEC,2012.p.681-718.

WETZEL, Christine. **Avaliação de serviço em saúde mental: a construção de um processo participativo.** Tese de Doutorado, apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP, Ribeirão Preto, 2005,290 p.

WHO-WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Estratégia Global em alimentação saudável, atividade física e saúde**. 57ª Assembleia Mundial de Saúde, 25 de maio de 2004.

VALENTE, Flávio Luiz Schieck. **Direito humano à alimentação: desafios e conquistas.** São Paulo: Cortez, 2002.

VASCONCELOS, Eymard Mourão. **Educação Popular e a atenção à saúde da família.** 5. ed.São Paulo: HUCITEC,2010.

VASCONCELOS, Francisco de Assis Guedes de. A inserção do nutricionista no Sistema Único de Saúde, Capítulo 27, p.423-435. In: TADDEI, JAAC; LANG, MRF; LONGO- SILVA G; TOLONI, MHA. **Nutrição em Saúde Pública**, Rio de Janeiro: Editora Rubio, 2011.

VASCONCELOS, Kathleen Elaine Leal; SCHMALLER, Valdilene Pereira Viana. Promoção da Saúde: polissemias conceituais e ideopolíticas. In: COSTA, Maria

Dalva Horácio da.;VASCONCELOS, Kathleen Elaine Leal(org.).**Por uma crítica da Promoção da Saúde: contradições e potencialidades no contexto do SUS.** São Paulo: HUCITEC, 2014.

VILAR, Rosana Lúcia Alves de. Humanização na estratégia saúde da família.1.ed. São Caetano do Sul, SP : YENDIS,2014, 240 p.

XAVIER, Maria do Carmo da Silveira; BASTOS, Heloísa Flora Brasil Nóbrega; FERREIRA, Helaine Sivini. O Círculo Hermenéutico-Dialético (CHD) como alternativa metodológica para a Educação Agrícola Superior. Associação Brasileira de Educação Agrícola Superior- ABEAS. **Revista Educação Agrícola Superior**. Vol. 21. Nº 02 - Julho / Dezembro – 2006.

BIBLIOGRAFIA COMPLEMENTAR

ANDRADE, Luiz Odorico Monteiro de.; BUENO, Ivana Cristina de Holanda Cunha; BEZERRA, Roberto Cláudio ;SILVA, Roberta Marinhada. Atenção Primária à Saúde e Estratégia Saúde da Família. In: CAMPOS, GWS [et al]. **Tratado de Saúde Coletiva**.2.ed.rev.aum.São Paulo: HUCITEC,2012.p.845-902.

CECÍLIO, Luiz Carlos de Oliveira et.al. A Atenção Básica à Saúde e a construção das redes temáticas de saúde: qual pode ser o seu papel? **Ciência & Saúde Coletiva**, 17(11): 2893-2902 2012.

CONNIL, Eleonor Minho. Ensaio histórico-conceitual sobre a Atenção Primária à Saúde: desafios para a organização de serviços básicos e da Estratégia Saúde da Família em centros urbanos no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 24 Sup 1 : S7-S27, 2008.

FERREIRA, JR & BUSS, PM O que o desenvolvimento local tem a ver com a promoção da saúde? In: ZANCAN, L; BODSTEIN, R; MARCONDES, WB (orgs.). **Promoção da saúde como caminho para o desenvolvimento local: a experiência em Manguinhos -RJ**. ABRASCO/FIOCRUZ, Rio de Janeiro, 2002.

PAIM, J. S. Descentralização das ações e serviços de saúde no Brasil e a renovação da proposta “Saúde para Todos”. In: Conferência Regional sobre Tendências Futuras e a Renovação da Meta Saúde para Todos. Série Estudos em Saúde Coletiva. Rio de Janeiro: UERJ/IMS, 1998. 21 p.

PASCHE, Dário Frederico; HENNINGTON, Elida Azevedo. Promoção da Saúde e o Sistema Único de Saúde. In: CASTRO, Adriana. MALO, Miguel. **SUS: ressignificando a promoção da saúde**. São Paulo, HUCITEC; OPAS, 2006, p.19-40.

PINHEIRO, Roseni. & Mattos, Rubem. **Cuidado: as fronteiras da integralidade**. 3. ed. HUCITEC/IMS/UERJ/ABRASCO. 2005.

PINHEIRO, A.; CARVALHO, M. de F. Estado e Mercado: adversários ou aliados no processo de implementação da Política Nacional de Alimentação e Nutrição? Elementos para um debate sobre medidas de regulamentação. **Saúde e Sociedade.** São Paulo, 17(2): 170-183, 2008.

RODRIGUES, É. M.; BOOG, M. C. F. Problematização como estratégia de educação nutricional com adolescentes obesos. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 22(5): 923-931, 2006.

RODRIGUES, L. P. F.; RONCADA, M. J. Educação nutricional no Brasil: evolução e descrição de proposta metodológica para escolas. **Comunicação em Ciências da Saúde.** 19(4): 315-322, 2008.

SOUZA, Evânia Leiros de. [et.al] Org. **Metodologia da Pesquisa.: aplicabilidade em trabalhos científicos na área da saúde.** Natal, RN: EDURN, 2012,196p.

STARFIELD, Barbara. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia.** Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2004.726 p.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Ottawa Charter for Health Promotion. Proceedings of the 1st International Conference on Health Promotion, Ottawa, 21 November 1986, WHO/HPR/HEP/95.1[cited 2004 3 Jul]. Available from: http://www.who.int/hpr/NPH/docs/ottawa_charter_hp.pdf.

APÊNDICES

APÊNDICE A

ROTEIRO DE ENTREVISTA – CÍRCULO HERMENÊUTICO DIALÉTICO-CHD

DATA: _____/_____/_____.

1. **DADOS PESSOAIS/PROFISSIONAIS DO (A) ENTREVISTADO(A):**

Idade: _____ Gênero: ( ) Masculino ( ) Feminino

Escolaridade: 1º grau completo ( )
1º grau incompleto ( )
2º grau completo ( )
2º grau incompleto ( )
3º grau incompleto ( )
3º grau completo ( )
Pós-Graduação? Sim ( ) Não ( )
Residência/Especialização ( )
Área: _____
Mestrado ( )
Doutorado ( )

Categoria Profissional _____.

Tempo de trabalho na Atenção Básica? _____.

2. **IDENTIFICAÇÃO DAS PERCEPÇÕES**

2.1. Para você, o que significa promoção da saúde?
2.2. Como você define uma alimentação saudável?
2.3. O que significa para você, educação alimentar e nutricional?

APÊNDICE B – Construção dos eixos temáticos e temas centrais identificados no Círculo Hermenêutico Dialético – CHD.

Quadro 4 - Percepções sobre Promoção da Saúde.

Quadro 5 - Percepções sobre alimentação saudável.

Quadro 6 - Percepções sobre educação alimentar e nutricional.

Apêndice B - Quadro 4 - Percepções sobre Promoção da Saúde

DEPOIMENTOS	EIXOS TEMÁTICOS	TEMAS CENTRAIS
“Envolve prevenir, tratar, orientar, investir na qualidade de vida do ser humano respeitando os aspectos gerais (sociais, econômicos,epidemiológicos,demográficos, etc)”.	Ações de prevenção, tratamento, orientações com foco na qualidade de vida, respeitando os aspectos gerais,	Prevenção; Orientações; Qualidade de vida; Respeito.
“Um conjunto de políticas e práticas que promovam qualidade de vida, previna doenças, provoque mudanças de atitudes e hábitos de vida que produza bem estar, prazer, alegrias, informação, auto-cuidado, possibilitando a co-responsabilidade e autonomia no modo de se cuidar individualmente e coletivamente”.	Conjunto de políticas e práticas que promova qualidade de vida, provoque mudanças, produza bem estar e possibilite a co-responsabilidade e o autocuidado individual e coletivo.	Prevenção; Qualidade de vida; Mudanças de atitudes e hábitos de vida; Produção de bem estar, prazer, alegrias; Informação; Responsabilidade e autonomia; Auto-cuidado; Cuidado individual e coletivo.
“É toda ação que gere bem estar físico, mental, social e emocional. É proporcionar ao outro, meios de prevenção, tratamento e recuperação de saúde. É promover bem estar geral para uma melhor qualidade de vida”	Ações que gerem bem estar geral para melhor qualidade de vida, Prevenção de doenças ,tratamento e recuperação da saúde.	Bem estar geral; Prevenção, tratamento e recuperação.
“Práticas que levam os indivíduos, grupos, famílias a mudança de hábitos que contribuam para o aparecimento de doenças ou agravo delas, visando melhoria da qualidade de vida e/ou redução de danos”.	Práticas direcionadas a indivíduos, grupos, famílias para mudanças de hábitos na perspectiva de prevenir doenças e melhorar qualidade de vida	Mudanças de hábitos; Prevenção de doenças; Melhoria da qualidade de vida.
“Promover educação em saúde, destacando a alimentação saudável. É oferecer práticas em saúde que ajudem as pessoas a conscientizar sobre a prevenção da saúde, como ter saúde e informações sobre seus direitos e deveres”.	Ações de educação em saúde que possibilitem a conscientização das pessoas.	Ações de educação em saúde.
“Promover a saúde com ações educativas, atividades físicas. Essas ações através de palestras, vídeos, orientações e conversas nos grupos e com a população em geral”.	Ações educativas: atividade física, palestras, vídeos, orientações e conversas nos grupos e com a população em geral.	Ações educativas como: palestras, vídeos, orientações e conversas nos grupos e com a população em geral.
“É a garantia da qualidade de vida saudável”.	Ações que garantam qualidade de vida saudável	Qualidade de vida saudável.
“Viver e participar de momentos como este, para melhores conhecimentos de como poderemos ter uma vida melhor, uma vida saudável”.	Momentos coletivos para melhor conhecimento sobre uma vida saudável	Ampliar conhecimentos; Vida saudável.
“É o que o Estado oferece para a comunidade, através dos nutricionistas, palestras”.	Estado oferecer à comunidade nutricionistas e palestras.	Responsabilidade do Estado.
“É o usuário ter acesso aos programas de saúde oferecidos pelo SUS, independente de sua cor, raça ou posição social e idade. Além do acesso ter resposta no cuidado saúde-doença”.	Ter acesso e resposta dos programas e ações do SUS.	Garantia de acessibilidade, resolutividade e universalidade.

Apêndice B - Quadro 5 – Percepções sobre alimentação saudável.

DEPOIMENTOS	EIXOS TEMÁTICOS	TEMAS CENTRAIS
É uma alimentação balanceada rica em vitaminas, nutrientes e sais minerais".	Alimentação balanceada em nutrientes.	Valorização dos aspectos nutricionais.
"É aquela alimentação que não tem muita gordura, com verduras, legumes, leite desnatado, carne magra, peixe e frango grelhados".	Alimentação com redução de gorduras e constituída por verduras, legumes, leite desnatado, carne magra, peixe e frango grelhados.	Valorização dos aspectos nutricionais com foco na restrição de gorduras; Alimentos saudáveis: verduras, legumes, leite desnatado, carne magra, peixe e frango grelhados.
"É um tipo de alimentação em que o organismo do ser humano sente-se saciado, composto por frutas, fibras, proteínas, etc".	Alimentação que sacia o organismo, composta por frutas, fibras, proteínas.	Saciedade; Alimentos saudáveis: Frutas Valorização dos nutrientes: proteínas e fibras
"Alimentar na hora certa, com frutas, verduras, carboidratos".	Alimentação em horários certos, com frutas, verduras e carboidratos.	Horários certos; Alimentos saudáveis: frutas e verduras; Nutrientes: Carboidratos,
"Alimentação que exclui determinados alimentos calóricos e prejudiciais à saúde. É uma alimentação balanceada que inclui diversos tipos de nutrientes essenciais para a saúde".	Alimentação balanceada com inclusão de diversos tipos de nutrientes e exclusão de alimentos calóricos e prejudiciais à saúde	Exclusão de alimentos calóricos e prejudiciais à saúde Valorização dos aspectos nutricionais
"Alimentação saudável deve ser variada, colorida, completa com todos os nutrientes necessários para uma boa nutrição; deve ser levado em consideração: higiene, sabor e boa apresentação".	Alimentação deve ser variada, colorida, completa do ponto de vista nutricional, saborosa, higiênica e com boa apresentação.	Variedade, Cor, Sabor; Completa em nutrientes; Higiene; Boa apresentação.
"É aquela rica em nutrientes que nosso organismo necessita para o seu desenvolvimento e manutenção do equilíbrio energético. Uma alimentação rica em nutrientes que o organismo precisa buscar fora como frutas, verduras, legumes, etc. Para termos uma alimentação saudável precisamos mudar nossos hábitos alimentares. Alimentação saudável é o melhor remédio".	Alimentação rica em nutrientes para manutenção do equilíbrio energético, provenientes de alimentos como frutas, verduras, legumes; precisa mudar hábitos, pois a alimentação saudável é o melhor remédio.	Rica em nutrientes; Equilíbrio energético; Alimentos saudáveis: frutas, verduras, legumes; Mudança de hábitos alimentares; Medicalização - alimentação saudável como remédio.
"Alimentação sem produtos químicos, rica em vitaminas e minerais, com um baixo teor de sal, açúcar e gorduras".	Alimentação isenta de produtos químicos, rica em vitaminas e minerais, com baixo teor de sal, açúcar e gorduras.	Isenta de produtos químicos; Rica em vitaminas e minerais; Baixo teor de sal, açúcar e gorduras.
"É aquela em que se oferecem todos os nutrientes necessários ao desenvolvimento humano, respeitando a faixa etária, atividades desenvolvidas e aspectos sociais, econômicos e culturais".	Alimentação que oferece todos os nutrientes, respeitando idade, atividades, aspectos sociais, econômicos e culturais.	Valorização dos aspectos nutricionais; Respeito à faixa etária, atividades desenvolvidas e aspectos sociais, econômicos e culturais,
"Quando o alimento é ingerido na hora e na idade certa, com os seus valores, calóricos e nutricionais".	Alimentação que considera horário, idade, valores calóricos e nutricionais.	Valores nutricionais, com enfoque nas calorias; Respeito a idade e horário.

Apêndice B - Quadro 6 - Percepções sobre educação alimentar e nutricional.

DEPOIMENTOS	EIXOS TEMÁTICOS	TEMAS CENTRAIS
“Educação alimentar – orientações quanto à dieta utilizada observando nutrientes, qualidade do que se consome, horários regulares, quantidade e frequência. Educação nutricional – orientações sobre a alimentação direcionada ao estado de saúde, carências nutricionais, grupos específicos, etc”.	Orientações referentes à dieta, quanto aos nutrientes, qualidade, quantidade, horários, frequência, estado de saúde e grupos específicos.	Orientações; Qualidade; Quantidade; Horário; Frequência; Estado de saúde.
“Alimentar-se comedidamente várias vezes (seis), em pequenas quantidades variadas. Saber a combinação dos nutrientes. Eliminar os excessos de sal, gorduras e açúcar. Saber aproveitamento dos nutrientes por refeições”.	Saber alimentar-se com moderação, seis vezes ao dia, com variação, eliminando os excessos de sal, gorduras e açúcar, e aproveitando os nutrientes por refeições.	Frequência; Moderação; Variedade; Combinação de nutrientes; Eliminar excessos de sal, gorduras e açúcar; Aproveitamento dos nutrientes por refeição.
“Significa acima de tudo se ter uma disciplina rigorosa tanto nos horários, o que comer como comer. É ter a consciência do que está comendo e para que se está comendo”.	Ter disciplina em relação aos horários, e consciência sobre o que comer e para que comer.	Disciplina nos horários Consciência sobre o que comer, como comer e para que comer.
“São práticas diárias que promovem bons hábitos alimentares para manutenção da nossa saúde, levando em consideração hábitos culturais, condição socioeconômica e individualidade. Pode ser individual e coletiva”.	Práticas individuais ou coletivas que promovam bons hábitos alimentares, considerando aspectos culturais, condição socioeconômica e individualidade.	Práticas individuais e coletivas; Bons hábitos alimentares; Aspectos culturais, condição socioeconômica e individualidade.
“Incluir diversos fatores que lhe ajudem a manter o controle de alimentos que nutrem e tem valor nutritivo importante para sua saúde e nem sempre a alimentação é correta, no nosso cotidiano nos alimentamos de forma inadequada. Contudo a educação alimentar e nutricional requer tempo para nos educarmos”.	A educação alimentar e nutricional requer tempo.	Educação alimentar e nutricional como processo lento.
“Comer nas horas certas, quantidades pequenas de forma correta”	Alimentar-se em pequenas quantidades de forma correta e em horários regulares.	Horários regulares; Pequenas quantidades.
“É quando precisamos de nutricionista. Precisamos fazer dieta, fazer exercícios, caminhada”.	Fazer dieta orientada por nutricionista e fazer exercícios.	Dieta – Nutricionista; Fazer exercícios.
‘Ter conhecimento do que é importante em nossa alimentação para termos uma boa saúde e deixar prá lá os hábitos alimentares”.	Conhecer o que é importante na alimentação para uma boa saúde e esquecer os hábitos alimentares.	Conhecimento; Alimentação para uma boa saúde. Esquecer os hábitos alimentares.
“É a disciplina alimentar, seguindo os horários, quantidades e os valores calóricos que cada refeição contém”.	Alimentação com disciplina, seguindo horários, quantidades e valores calóricos de cada refeição.	Disciplina alimentar; Horários; Quantidades; Valores calóricos.
“Você saber se alimentar nos horários corretos e com variedades”.	Saber se alimentar com variedade e seguindo horários.	Horários corretos; Variedade.

APÊNDICE C

1. O termo **“prevenir”** tem o significado de **“preparar, chegar antes de, dispor de maneira que evite (dano, mal); impedir que se realize”** (Ferreira, 1986).

2. A **prevenção em saúde** “exige uma ação antecipada, baseada no conhecimento da história natural a fim de tornar improvável o progresso posterior da doença” (Leavell & Clarck, 1976, p.17).

3. “A prevenção orienta-se mais às ações de detecção, controle e enfraquecimento dos fatores de risco ou fatores causais de grupos de enfermidades ou de uma enfermidade específica; seu foco é a doença e os mecanismos para atacá-la mediante o impacto sobre os fatores mais íntimos que a geram ou precipitam. Para a prevenção, evitar a enfermidade é o objetivo final e, portanto, a ausência de doenças seria um objetivo suficiente” (Buss, 2003, p.33). “Neste contexto, a saúde tem sido entendida, centralmente, como ausência de doenças” (Buss, 2003, p.34).

4. “As ações preventivas definem-se como intervenções orientadas a evitar o surgimento de doenças específicas, reduzindo sua incidência e prevalência nas populações. A base do discurso preventivo é o conhecimento epidemiológico moderno; seu objetivo é o controle da transmissão de doenças infecciosas e a redução do risco de doenças degenerativas ou outros agravos específicos. Os projetos de prevenção e de educação em saúde estruturam-se mediante a divulgação de informação científica e de recomendações normativas de mudanças de hábitos” (Czeresnia, 2003, p.45).

5. **“Promover”** tem o significado de dar impulso a; fomentar; originar; gerar (Ferreira, 1986).

6. “Promoção da saúde define-se, tradicionalmente, de maneira bem mais ampla que prevenção, pois refere-se a medidas que “não se dirigem a uma determinada doença ou desordem, mas servem para aumentar a saúde e o bem-estar gerais” (Leavell & Clarck,1976,p.19). As estratégias de promoção enfatizam a transformação das condições de vida e de trabalho que conformam a estrutura subjacente aos problemas de saúde, demandando uma abordagem intersetorial” (Terris,1990).

7. “O enfoque da promoção da saúde procura identificar e enfrentar os macro determinantes do processo de saúde-doença, buscando transformá-los favoravelmente na direção da saúde” (Buss, 2003, p.33).

8. “A constatação de que os principais determinantes da saúde são exteriores ao sistema de tratamento não é novidade. Oficialmente, contudo, é bem recente a formulação de um discurso sanitário que afirme a saúde em sua

positividade', ou seja, não apenas como ausência de doenças. "A Conferência Internacional sobre Promoção de Saúde, realizada em Ottawa (1986), postula a idéia da saúde como qualidade de vida resultante de complexo processo condicionado por diversos fatores, tais como, entre outros, ALIMENTAÇÃO, JUSTIÇA SOCIAL, ECOSSISTEMA, RENDA E EDUCAÇÃO. (Czeresnia, 2003, p.45 e 46).

9. "No Brasil, a conceituação ampla de saúde assume destaque nesse mesmo ano, tendo sido incorporada ao Relatório Final da VIII Conferência Nacional de Saúde: **"*Direito à saúde significa a garantia, pelo Estado, de condições dignas de vida e de acesso universal e igualitário às ações e serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde, em todos os seus níveis, a todos os habitantes do território nacional, levando ao desenvolvimento pleno do ser humano em sua individualidade"(**Brasil/MS,1986).*

10. Apesar de configurar avanço inquestionável tanto no plano teórico quanto no campo das práticas, o conceito ampliado de saúde traz novos desafios. "Ao se considerar saúde em seu significado pleno, está-se lidando com algo tão amplo como a própria noção de vida. Promover a vida em suas múltiplas dimensões envolve, por um lado, ações do âmbito global de um Estado e, por outro, a singularidade e autonomia dos sujeitos, o que não pode ser atribuído à responsabilidade de uma área de conhecimento e práticas" (Czeresnia, 2003, p. 46).

APÊNDICE D

CONSIDERAÇÕES SOBRE AS DIFERENÇAS ENTRE PREVENÇÃO E PROMOÇÃO

Rosana de Moura Lima – Mestranda do MPSF-RENASF-UFRN/NESC

Existem várias interpretações sobre os termos prevenção e promoção que foram se constituindo num tempo social e histórico, em diferentes conjunturas e formações sociais.

De acordo com Buss (2003), boa parte da confusão entre os termos tem sua origem na tradição da intervenção clínica e no paradigma biomédico vigentes em certos programas intitulados de promoção da saúde, nos quais o foco centra-se no indivíduo e seu comportamento, ou seja, o indivíduo é visto como “responsável último, senão único, por seu estado de saúde”.

No século XX, na década de 1940, nos Estados Unidos com o surgimento do movimento preventivista, que tinha como base o modelo da história natural da doença, de Leavell e Clarck, o conceito de prevenção foi redefinido em níveis: primária, secundária, terciária, e o conceito de promoção da saúde foi incorporado como parte da prevenção primária, no período da pré-patogênese, e estava relacionado à melhoria das condições de vida e voltado às pessoas saudáveis.

Ao longo dos anos, este discurso foi sendo incorporado nas práticas de saúde, a partir do entendimento de saúde como ausência de doenças e de um modelo biomédico de intervenção, fortalecendo o conceito de prevenção. Esse conceito está voltado para “as ações de detecção, controle e enfraquecimento dos fatores de risco ou fatores causais de grupos de enfermidades ou de uma enfermidade específica; e os mecanismos para atacá-la mediante o impacto sobre os fatores mais íntimos que a geram ou precipitam. Assim, para a prevenção, evitar a enfermidade é o objetivo final e, portanto, a ausência de doenças seria um objetivo suficiente”, uma vez que o foco central é evitá-las (Buss, 2003, p.33,34).

Já o conceito de promoção da saúde, segundo Buss (2003, p.36),vem passando por modificações, desde que o termo foi usado pela primeira vez, transitando de um “nível de prevenção” da medicina preventiva (de 1920 até os anos 60), para um “enfoque político e técnico” do processo saúde-doença-cuidado, como vem sendo caracterizado nos últimos 25 anos (desde Alma-Ata e Ottawa).

No Brasil, o debate em torno da promoção da saúde, recoloca a questão dos determinantes sociais da saúde, contrapondo-se ao reducionismo biomédico e introduzindo a intersetorialidade como questão fundamental para o alcance da saúde, entendida como expressão de qualidade de vida.

Assim, em 2006, a promoção da saúde foi institucionalizada no país pela Portaria nº 687, de 30 de março de 2006, com a instituição e inserção no Sistema Único de Saúde da Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), formulada com base nos referenciais teóricos do *Relatório Lalonde* (1974), da *Atenção Primária de Saúde* (1976), das *Cartas Internacionais da Promoção da Saúde* (1986-2005) e do *Movimento da Reforma Sanitária Brasileira* (1986).

> A promoção da saúde é uma dimensão da produção da saúde que tem como responsabilidade atuar sobre as causas dos problemas de saúde com vistas a melhorar a situação de saúde e a qualidade de vida das pessoas. Atua sobre indivíduos, sobre grupos sociais, comunidades, espaços onde as pessoas vivem (escolas, bairros, empresas ou locais de trabalho). Dessa forma as ações de promoção da saúde devem influenciar/ atuar:
> - No aumento da capacidade de indivíduos/comunidades para o controle/manutenção da sua saúde e qualidade de vida;
> - Nos determinantes sociais, culturais, econômicos e políticos dos processos saúde-doença através de ações e estratégias articuladas e coordenadas entre os vários setores do estado / setores sociais e da sociedade civil (MALTA, s.d.).

Atualmente, decorridos sete anos, a PNPS está em processo de revisão, na perspectiva de responder às demandas e necessidades da população.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BUSS, P. Promoção da saúde e qualidade de vida. *Ciência & Saúde Coletiva,* 5(1): 163-177 2000.

BUSS, Paulo Marchiori. Uma introdução ao conceito de promoção da saúde. In: CZERESNIA, D. (org.).Promoção da saúde:conceitos,reflexões,tendência.Rio de Janeiro. Editora FIOCRUZ, 2003, p.15-38.

MALTA, Deborah. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Apresentação em PowerPoint. Disponível em: 189.28.128.100/nutricao/docs/evento/reuniao.../deborah_malta.pdf

APÊNDICE E

Programação Oficina

TEMA: Repensando as práticas educativas para promoção da alimentação saudável.

DATA: 18/06/14.

HORÁRIO: 09h00min às 16 horas.

PARTICIPANTES: Profissionais NASF e das equipes USF Afya

OBJETIVOS:

1. **Refletir sobre as práticas educativas para promoção da alimentação saudável desenvolvidas na USF Afya;**
2. **Relacionar a teoria da educação com as práticas desenvolvidas;**
3. **Elaborar proposta de ações de educação alimentar e nutricional-EAN, no contexto das atividades de promoção da saúde.**

PROGRAMAÇÃO

09h00min – Boas vindas com momento musical.

09h15min –09h30min – Apresentação dos participantes.

09h30min-11h30min – Roda de conversa: Repensando nossas práticas educativas

11h30min-12h30min - Lanche

12h30min-14h30min - Vivência alimentar – "Percepção dos alimentos"

14h30min-15h30min - Construindo proposta de ações de EAN.

15h30min-16h00min – Avaliação da Oficina.

16h00min - Encerramento com Ciranda.

APÊNDICE F

ROTEIRO PARA PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR-PTS

Nome: _____

Data de nascimento: _____/____/_____

Prontuário:_____

ACS: _____

1. **Identificação do problema**
2. **História de vida**
3. **Dados da realidade (descrição de moradia, território, família, renda familiar, e outros aspectos que achar importante ressaltar).**
4. **Revisão do protocolo familiar**
5. **Situação atual**

ANEXOS

ANEXO 01

REDE NORDESTE DE FORMAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA-RENASF
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA DO NORDESTE
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Este é um convite para você participar de uma pesquisa que tem como título **"Promoção da alimentação saudável na Atenção Primária à Saúde: contribuição para construção coletiva do saber-fazer"**, que será realizada pela Mestranda Rosana Maria Ferreira de Moura Lima, sob orientação da Profª Drª Elizabethe Cristina Fagundes de Souza.

Sua participação é voluntária e você poderá se recusar a participar do estudo ou retirar seu consentimento, sem que isso lhe traga nenhuma penalidade ou prejuízo.

Essa pesquisa tem como objetivo geral desenvolver estratégias para inserção transversal das ações de promoção da alimentação saudável nas práticas das equipes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família-NASF e Unidade de Saúde da Família-USF da África, no município de Natal/RN, a partir da análise das percepções e processos de trabalho desses profissionais e como objetivos específicos: 1) Descrever e analisar o processo de trabalho das equipes do NASF e Unidade de Saúde da Família da África, Natal/RN para execução das ações de promoção da alimentação saudável nos diferentes ciclos de vida; 2) Identificar percepções dos profissionais acerca da promoção da saúde, alimentação saudável e educação alimentar e nutricional; 3) Elaborar em conjunto com as equipes, uma agenda integrada intra e intersetorial de educação alimentar e nutricional, considerando o contexto local.

A sua participação na referida pesquisa se dará através de entrevistas que contribuirão para identificar a sua percepção acerca da promoção da saúde, alimentação saudável e educação alimentar e nutricional, bem como, através do envolvimento nas atividades que serão desenvolvidas, tais como: rodas de conversa, trabalhos em grupo e oficinas de trabalho. Nessas atividades serão utilizadas técnicas de interação grupal que possibilitem a interação dos participantes entre si e destes com a pesquisadora, permitindo reflexões e construções coletivas.

Destaca-se ainda, que não estão previstos valores econômicos, a receber ou a pagar, por sua participação, visto que, como foi dito anteriormente, a pesquisadora deverá ir até a Unidade, entretanto, caso você tenha qualquer despesa ou ocorra algum dano

decorrente da sua participação na pesquisa, você será devidamente indenizado, conforme determina a Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde e as Leis que tratam dessa questão.

Os riscos prováveis decorrentes de sua participação poderão ser constrangimentos ao relatar situações vivenciadas, em achar que não sabe responder as questões, ao relatar histórias que envolvem possíveis danos, bem como, exposição da sua imagem. É importante ressaltar que tais riscos poderão ser minimizados com a garantia do sigilo das informações, no que se refere à identificação do seu nome ou outros dados que possam comprometer o seu anonimato.

Você terá como benefícios indiretos participando da pesquisa, contribuir para a construção coletiva de modos de fazer que possibilitem a integralidade do cuidado a partir da inserção transversal das ações de promoção da alimentação saudável nas práticas das equipes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família-NASF e Unidade de Saúde da Família da África, no município de Natal/RN, bem como, com a adoção de práticas alimentares saudáveis, e com a melhoria dos indicadores de saúde e nutrição, na perspectiva do fortalecimento da cidadania, da Segurança Alimentar e Nutricional e do Direito Humano à Alimentação Adequada e Saudável.

Ao aceitar participar da pesquisa, você deverá assinar este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e ficará com uma cópia. Qualquer dúvida a respeito dessa pesquisa poderá procurar as pesquisadoras envolvidas com o referido estudo, através dos seguintes telefones: Rosana – (84) 88012680; Elizabethe Cristina – (84) 94187725.

Consentimento Livre e Esclarecido

Declaro que compreendi os objetivos desta pesquisa, a forma como será realizada, seus benefícios e riscos e concordo em participar voluntariamente do estudo, assim como, autorizo o uso de minha voz e imagem geradas ao longo da pesquisa **"Promoção da alimentação saudável na Atenção Primária à Saúde: contribuição para construção coletiva do saber-fazer".**

Nome do participante da pesquisa: _____.

Assinatura:_____Data: ___/___/_____.

_____Data:____/____/_____,

Assinatura do Pesquisador (a)

_____Data: ___/___/_____.

Assinatura do Orientador (a)

ANEXO 02

MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria de Vigilância em Saúde
Secretaria de Atenção à Saúde

Política Nacional de Promoção da Saúde

2.ª edição

Série B. Textos Básicos de Saúde
Série Pactos pela Saúde 2006, v. 7

Brasília - DF

2007

Apresentação

Historicamente, a atenção à saúde no Brasil tem investido na formulação, implementação e concretização de políticas de promoção, proteção e recuperação da saúde. Há, pois, um grande esforço na construção de um modelo de atenção à saúde que priorize ações de melhoria da qualidade de vida dos sujeitos e coletivos.

O Ministério da Saúde, em setembro de 2005, definiu a Agenda de Compromisso pela Saúde que agrega três eixos: O Pacto em Defesa do Sistema Único de Saúde (SUS), o Pacto em Defesa da Vida e o Pacto de Gestão. Destaca-se aqui o Pacto pela Vida que constitui um conjunto de compromissos sanitários que deverão se tornar prioridades inequívocas dos três entes federativos, com definição das responsabilidades de cada um.

Entre as macroprioridades do Pacto em Defesa da Vida, possui especial relevância o aprimoramento do acesso e da qualidade dos serviços prestados no SUS, com a ênfase no fortalecimento e na qualificação estratégica da Saúde da Família; a promoção, informação e educação em saúde com ênfase na promoção de atividade física, na promoção de hábitos saudáveis de alimentação e vida, controle do tabagismo; controle do uso abusivo de bebida alcoólica; e cuidados especiais voltados ao processo de envelhecimento.

Nessa direção, o desafio colocado para o gestor federal do SUS consiste em propor uma política transversal, integrada e intersetorial, que faça dialogar as diversas áreas do setor sanitário, os outros setores do Governo, os setores privados e não-governamental e a sociedade, compondo redes de compromisso e co-responsabilidade quanto à qualidade de vida da população em que todos sejam partícipes no cuidado com a saúde.

A publicação da Política Nacional de Promoção da Saúde ratifica o compromisso da atual gestão do Ministério da Saúde na ampliação e qualificação das ações de promoção da saúde nos serviços e na gestão do Sistema Único de Saúde.

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Introdução

As mudanças econômicas, políticas, sociais e culturais, que ocorreram no mundo desde o século XIX e que se intensificaram no século passado, produziram alterações significativas para a vida em sociedade.

Ao mesmo tempo, tem-se a criação de tecnologias cada vez mais precisas e sofisticadas em todas as atividades humanas e o aumento dos desafios e dos impasses colocados ao viver.

A saúde, sendo uma esfera da vida de homens e mulheres em toda sua diversidade e singularidade, não permaneceu fora do desenrolar das mudanças da sociedade nesse período. O processo de transformação da sociedade é também o processo de transformação da saúde e dos problemas sanitários.

Nas últimas décadas, tornou-se mais e mais importante cuidar da vida de modo que se reduzisse a vulnerabilidade ao adoecer e as chances de que ele seja produtor de incapacidade, de sofrimento crônico e de morte prematura de indivíduos e população.

Além disso, a análise do processo saúde-adoecimento evidenciou que a saúde é resultado dos modos de organização da produção, do trabalho e da sociedade em determinado contexto histórico e o aparato biomédico não consegue modificar os condicionantes nem determinantes mais amplos desse processo, operando um modelo de atenção e cuidado marcado, na maior parte das vezes, pela centralidade dos sintomas.

No Brasil, pensar outros caminhos para garantir a saúde da população significou pensar a redemocratização do País e a constituição de um sistema de saúde inclusivo.

Em 1986, a 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS) tinha como tema “Democracia é Saúde” e constituiu-se em fórum de luta pela descentralização do sistema de saúde e pela implantação de políticas sociais que defendessem e cuidassem da vida (CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 1986). Era um momento chave do movimento da Reforma Sanitária brasileira e da afirmação da indissociabilidade entre a garantia da saúde como direito social irrevogável e a garantia dos demais direitos humanos e de cidadania. O relatório final da 8ª CNS lançou os fundamentos da proposta do SUS (BRASIL, 1990a).

Na base do processo de criação do SUS encontram-se: o conceito ampliado de saúde, a necessidade de criar políticas públicas para promovê-la, o imperativo da

participação social na construção do sistema e das políticas de saúde e a impossibilidade do setor sanitário responder sozinho à transformação dos determinantes e condicionantes para garantir opções saudáveis para a população. Nesse sentido, o SUS, como política do estado brasileiro pela melhoria da qualidade de vida e pela afirmação do direito à vida e à saúde, dialoga com as reflexões e os movimentos no âmbito da promoção da saúde.

A promoção da saúde, como uma das estratégias de produção de saúde, ou seja, como um modo de pensar e de operar articulado às demais políticas e tecnologias desenvolvidas no sistema de saúde brasileiro, contribui na construção de ações que possibilitam responder às necessidades sociais em saúde.

No SUS, a estratégia de promoção da saúde é retomada como uma possibilidade de enfocar os aspectos que determinam o processo saúde-adoecimento em nosso País – como, por exemplo: violência, desemprego, subemprego, falta de saneamento básico, habitação inadequada e/ou ausente, dificuldade de acesso à educação, fome, urbanização desordenada, qualidade do ar e da água ameaçada e deteriorada; e potencializam formas mais amplas de intervir em saúde.

Tradicionalmente, os modos de viver têm sido abordados numa perspectiva individualizante e fragmentária, e colocam os sujeitos e as comunidades como os responsáveis únicos pelas várias mudanças/arranjos ocorridos no processo saúde-adoecimento ao longo da vida. Contudo, na perspectiva ampliada de saúde, como definida no âmbito do movimento da Reforma Sanitária brasileira, do SUS e das Cartas de Promoção da Saúde, os modos de viver não se referem apenas ao exercício da vontade e/ou liberdade individual e comunitária. Ao contrário, os modos como sujeitos e coletividades elegem determinadas opções de viver como desejáveis, organizam suas escolhas e criam novas possibilidades para satisfazer suas necessidades, desejos e interesses pertencentes à ordem coletiva, uma vez que seu processo de construção se dá no contexto da própria vida.

Propõe-se, então, que as intervenções em saúde ampliem seu escopo, tomando como objeto os problemas e as necessidades de saúde e seus determinantes e condicionantes, de modo que a organização da atenção e do cuidado envolva, ao mesmo tempo, as ações e os serviços que operem sobre os efeitos do adoecer e aqueles que visem ao espaço para além dos muros das unidades de saúde e do sistema de saúde, incidindo sobre as condições de vida e favorecendo a ampliação de escolhas saudáveis por parte dos sujeitos e das coletividades no território onde vivem e trabalham.

Nesta direção, a promoção da saúde estreita sua relação com a vigilância em saúde, numa articulação que reforça a exigência de um movimento integrador na construção de consensos e sinergias, e na execução das agendas governamentais a

fim de que as políticas públicas sejam cada vez mais favoráveis à saúde e à vida, e estimulem e fortaleçam o protagonismo dos cidadãos em sua elaboração e implementação, ratificando os preceitos constitucionais de participação social.

O exercício da cidadania, assim, vai além dos modos institucionalizados de controle social, implicando, por meio da criatividade e do espírito inovador, a criação de mecanismos de mobilização e participação como os vários movimentos e grupos sociais, organizando-se em rede.

O trabalho em rede, com a sociedade civil organizada, exige que o planejamento das ações em saúde esteja mais vinculado às necessidades percebidas e vivenciadas pela população nos diferentes territórios e, concomitantemente, garante a sustentabilidade dos processos de intervenção nos determinantes e condicionantes de saúde.

A saúde, como produção social de determinação múltipla e complexa, exige a participação ativa de todos os sujeitos envolvidos em sua produção – usuários, movimentos sociais, trabalhadores da Saúde, gestores do setor sanitário e de outros setores –, na análise e na formulação de ações que visem à melhoria da qualidade de vida. O paradigma promocional vem colocar a necessidade de que o processo de produção do conhecimento e das práticas no campo da Saúde e, mais ainda, no campo das políticas públicas faça-se por meio da construção e da gestão compartilhadas.

Desta forma, o agir sanitário envolve fundamentalmente o estabelecimento de uma rede de compromissos e co-responsabilidades em favor da vida e da criação das estratégias necessárias para que ela exista. A um só tempo, comprometer-se e co-responsabilizar-se pelo viver e por suas condições são marcas e ações próprias da clínica, da saúde coletiva, da atenção e da gestão, ratificando-se a indissociabilidade entre esses planos de atuação.

Entende-se, portanto, que a promoção da saúde é uma estratégia de articulação transversal na qual se confere visibilidade aos fatores que colocam a saúde da população em risco e às diferenças entre necessidades,
territórios e culturas presentes no nosso País, visando à criação de mecanismos que reduzam as situações de vulnerabilidade, defendam radicalmente a equidade e incorporem a participação e o controle sociais na gestão das políticas públicas.

Na Constituição Federal de 1988, o estado brasileiro assume como seus objetivos precípuos a redução das desigualdades sociais e regionais, a promoção do bem de todos e a construção de uma sociedade solidária sem quaisquer formas de discriminação. Tais objetivos marcam o modo de conceber os direitos de cidadania e os deveres do estado no País, entre os quais a saúde (BRASIL, 1988).

Neste contexto, a garantia da saúde implica assegurar o acesso universal e igualitário dos cidadãos aos serviços de saúde, como também à formulação de políticas sociais e econômicas que operem na redução dos riscos de adoecer.

No texto constitucional tem-se ainda que o sistema sanitário brasileiro encontra-se comprometido com a integralidade da atenção à saúde, quando suas ações e serviços são instados a trabalhar pela promoção, proteção e recuperação da saúde, com a descentralização e com a participação social.

No entanto, ao longo dos anos, o entendimento da integralidade passou a abranger outras dimensões, aumentando a responsabilidade do sistema de saúde com a qualidade da atenção e do cuidado. A integralidade implica, além da articulação e sintonia entre as estratégias de produção da saúde, na ampliação da escuta dos trabalhadores e serviços de saúde na relação com os usuários, quer individual e/ou coletivamente, de modo a deslocar a atenção da perspectiva estrita do seu adoecimento e dos seus sintomas para o acolhimento de sua história, de suas condições de vida e de suas necessidades em saúde, respeitando e considerando suas especificidades e suas potencialidades na construção dos projetos e da organização do trabalho sanitário.

A ampliação do comprometimento e da co-responsabilidade entre trabalhadores da Saúde, usuários e território em que se localizam altera os modos de atenção e de gestão dos serviços de saúde, uma vez que a produção de saúde torna-se indissociável da produção de subjetividades mais ativas, críticas, envolvidas e solidárias e, simultaneamente, exige a mobilização de recursos políticos, humanos e financeiros que extrapolam o âmbito da saúde. Assim, coloca-se ao setor Saúde o desafio de construir a intersetorialidade.

Compreende-se a intersetorialidade como uma articulação das possibilidades dos distintos setores de pensar a questão complexa da saúde, de co-responsabilizar-se pela garantia da saúde como direito humano e de cidadania, e de mobilizar-se na formulação de intervenções que a propiciem.

O processo de construção de ações intersetoriais implica na troca e na construção coletiva de saberes, linguagens e práticas entre os diversos setores envolvidos na tentativa de equacionar determinada questão sanitária, de modo que nele torna-se possível produzir soluções inovadoras quanto à melhoria da qualidade de vida. Tal processo propicia a cada setor a ampliação de sua capacidade de analisar e de transformar seu modo de operar a partir do convívio com a perspectiva dos outros setores, abrindo caminho para que os esforços de todos sejam mais efetivos e eficazes.

O compromisso do setor Saúde na articulação intersetorial é tornar cada vez mais visível que o processo saúde-adoecimento é efeito de múltiplos aspectos, sendo pertinente a todos os setores da sociedade e devendo compor suas agendas. Dessa maneira, é tarefa do setor Saúde nas várias esferas de decisão convocar os outros setores a considerar a avaliação e os parâmetros sanitários quanto à melhoria da qualidade de vida da população quando forem construir suas políticas específicas.

Ao se retomar as estratégias de ação propostas pela Carta de Ottawa (BRASIL, 1996) e analisar a literatura na área, observa-se que, até o momento, o desenvolvimento de estudos e evidências aconteceu, em grande parte, vinculado às iniciativas ligadas ao comportamento e aos hábitos dos sujeitos. Nesta linha de intervenção já é possível encontrar um acúmulo de evidências convincentes, que são aquelas baseadas em estudos epidemiológicos demonstrativos de associações convincentes entre exposição e doença a partir de pesquisas observacionais prospectivas e, quando necessário, ensaios clínicos randomizados com tamanho, duração e qualidade suficientes (BRASIL, 2004a).

Entretanto, persiste o desafio de organizar estudos e pesquisas para identificação, análise e avaliação de ações de promoção da saúde que operem nas estratégias mais amplas que foram definidas em Ottawa (BRASIL, 1996) e que estejam mais associadas às diretrizes propostas pelo Ministério da Saúde na Política Nacional de Promoção da Saúde, a saber: integralidade, equidade, responsabilidade sanitária, mobilização e participação social, intersetorialidade, informação, educação e comunicação, e sustentabilidade.

A partir das definições constitucionais, da legislação que regulamenta o SUS, das deliberações das conferências nacionais de saúde e do Plano Nacional de Saúde (2004-2007) (BRASIL, 2004b), o Ministério da Saúde propõe a Política Nacional de Promoção da Saúde num esforço para o enfrentamento dos desafios de produção da saúde num cenário sócio histórico cada vez mais complexo e que exige a reflexão e qualificação contínua das práticas sanitárias e do sistema de saúde.

Entende-se que a promoção da saúde apresenta-se como um mecanismo de fortalecimento e implantação de uma política transversal, integrada e intersetorial, que faça dialogar as diversas áreas do setor sanitário, os outros setores do Governo, o setor privado e não governamental, e a sociedade, compondo redes de compromisso e co-responsabilidade quanto à qualidade de vida da população em que todos sejam partícipes na proteção e no cuidado com a vida.

Vê-se, portanto, que a promoção da saúde realiza-se na articulação sujeito/coletivo, público/privado, estado/sociedade, clínica/política, setor sanitário/outros setores, visando romper com a excessiva fragmentação na abordagem do processo saúde-

adoecimento e reduzir a vulnerabilidade, os riscos e os danos que nele se produzem.

No esforço por garantir os princípios do SUS e a constante melhoria dos serviços por ele prestados, e por melhorar a qualidade de vida de sujeitos e coletividades, entende-se que é urgente superar a cultura administrativa fragmentada e desfocada dos interesses e das necessidades da sociedade, evitando o desperdício de recursos públicos, reduzindo a superposição de ações e, consequentemente, aumentando a eficiência e a efetividade das políticas públicas existentes.

Nesse sentido, a elaboração da Política Nacional de Promoção da Saúde é oportuna, posto que seu processo de construção e de implantação/ implementação – nas várias esferas de gestão do SUS e na interação entre o setor sanitário e os demais setores das políticas públicas e da sociedade – provoca a mudança no modo de organizar, planejar, realizar, analisar e avaliar o trabalho em saúde.

Objetivo geral

Promover a qualidade de vida e reduzir vulnerabilidade e riscos à saúde relacionados aos seus determinantes e condicionantes – modos de viver, condições de trabalho, habitação, ambiente, educação, lazer, cultura, acesso a bens e serviços essenciais.

Objetivos específicos

I – Incorporar e implementar ações de promoção da saúde, com ênfase na atenção básica;
II – Ampliar a autonomia e a co-responsabilidade de sujeitos e coletividades, inclusive o poder público, no cuidado integral à saúde e minimizar e/ou extinguir as desigualdades de toda e qualquer ordem (étnica, racial, social, regional, de gênero, de orientação/opção sexual, entre outras);
III– Promover o entendimento da concepção ampliada de saúde, entre os trabalhadores de saúde, tanto das atividades-meio, como os das atividades-fim;
IV – Contribuir para o aumento da resolubilidade do Sistema, garantindo qualidade, eficácia, eficiência e segurança das ações de promoção da saúde;
V – Estimular alternativas inovadoras e socialmente inclusivas/contributivas no âmbito das ações de promoção da saúde;
VI – Valorizar e otimizar o uso dos espaços públicos de convivência e de produção de saúde para o desenvolvimento das ações de promoção da saúde;
VII – Favorecer a preservação do meio ambiente e a promoção de ambientes mais seguros e saudáveis;

VIII – Contribuir para elaboração e implementação de políticas públicas integradas que visem à melhoria da qualidade de vida no planejamento de espaços urbanos e rurais;
IX – Ampliar os processos de integração baseados na cooperação, solidariedade e gestão democrática;
X – Prevenir fatores determinantes e/ou condicionantes de doenças e agravos à saúde;
XI – Estimular a adoção de modos de viver não-violentos e o desenvolvimento de uma cultura de paz no País; e
XII – Valorizar e ampliar a cooperação do setor Saúde com outras áreas de governos, setores e atores sociais para a gestão de políticas públicas e a criação e/ou o fortalecimento de iniciativas que signifiquem redução das situações de desigualdade.

Diretrizes

I – Reconhecer na promoção da saúde uma parte fundamental da busca da equidade, da melhoria da qualidade de vida e de saúde;
II – Estimular as ações intersetoriais, buscando parcerias que propiciem o desenvolvimento integral das ações de promoção da saúde;
III – Fortalecer a participação social como fundamental na consecução de resultados de promoção da saúde, em especial a equidade e o empoderamento individual e comunitário;
IV – Promover mudanças na cultura organizacional, com vistas à adoção de práticas horizontais de gestão e estabelecimento de redes de cooperação intersetoriais;
V – Incentivar a pesquisa em promoção da saúde, avaliando eficiência, eficácia, efetividade e segurança das ações prestadas; e
VI – Divulgar e informar das iniciativas voltadas para a promoção da saúde para profissionais de saúde, gestores e usuários do SUS, considerando metodologias participativas e o saber popular e tradicional.

ANEXO 03

Educação Alimentar e Nutricional
uma estratégia para a promoção do Direito Humano à Alimentação Adequada

Brasília, 2014

Educação Alimentar e Nutricional: uma estratégia para a promoção do Direito Humano à Alimentação Adequada
2014

Realização
Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome
Coordenação-Geral de Educação Alimentar e Nutricional (CGEAN/ MDS)
Observatório de Políticas de Segurança Alimentar e Nutrição (OPSAN)
Universidade de Brasília (UnB)

Elaboração e roteirização
Elisabetta Recine
Camilla Ceylão
Luiza Torquato
Maína Pereira

Revisão Técnica
Elisabetta Recine
Janine Coutinho
Luisete Bandeira

Revisão de texto
Conchita Rocha

Design Instrucional
Marilda Donatelli

FONTE: Texto retirado da Apostila do Curso Educação Alimentar e Nutricional:uma estratégia para a promoção do Direito Humano à Alimentação Adequada. www.ideiasnamesa.unb.br.

O que é uma Alimentação Adequada e Saudável?

O processo para garantir na mesa de uma família uma alimentação adequada e saudável inicia- se muito antes do preparo de uma refeição (ABRANDH, 2009).

A forma como o alimento é produzido, a qualidade das sementes, da água e do solo utilizados no plantio, a sustentabilidade ambiental ou uso de defensivos agrícolas na produção, a forma da colheita, processamento, abastecimento, comercialização e distribuição, as relações de trabalho envolvidas, dentre outros aspectos, compõe de maneira ampla o sistema alimentar e são determinantes para a qualidade do alimento que será consumido (ABRANDH, 2009).

Esse processo, que percorre todas as etapas do sistema alimentar, não é apenas uma responsabilidade dos indivíduos. A formação de bons hábitos de vida e de alimentação em prol da saúde depende de políticas públicas articuladas e intersetoriais que possibilitem a troca e a construção coletiva de saberes, linguagens e práticas entre os diversos setores para que seja possível os indivíduos, enquanto um coletivo, adotarem práticas saudáveis (ABRANDH, 2009).

Há diversas definições de Alimentação Adequada e Saudável. O conceito aprovado pela III Conferência Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional, realizada em novembro de 2012, foi:

"Alimentação adequada e saudável é a realização de um direito humano básico, com a garantia ao acesso permanente e regular, de forma socialmente justa, a uma prática alimentar adequada aos aspectos biológicos e sociais dos indivíduos, de acordo com o ciclo de vida e as necessidades alimentares especiais, pautada no referencial tradicional local. Deve atender aos princípios da variedade, equilíbrio, moderação, prazer (sabor), dimensões de gênero e etnia, e formas de produção ambientalmente sustentáveis, livre de contaminantes físicos, químicos e biológicos e organismos geneticamente modificados."

Este conceito apresenta a complexidade da alimentação, ressaltando que ela esta muito além da dimensão biológica. O ato de comer não satisfaz apenas as necessidades nutricionais, mas expressa e satisfaz também funções simbólicas sociais, afetivas e sensoriais, envolve significa- dos subjetivos e é influenciado por fatores culturais, econômicos e psicológicos (BATISTA FILHO, 1999; GARCIA, 1993).

De acordo com Valente, a alimentação é um complexo processo de transformação de natureza em gente (VALENTE, 2002). Por isso, "uma alimentação adequada é aquela que colabora para a construção de seres humanos saudáveis, conscientes de seus direitos e deveres, enquanto cidadãos do Brasil e do mundo."

A figura abaixo auxilia na visualização das multidimensões e princípios da alimentação.

Muitas vezes, a alimentação adequada e saudável é caracterizada de maneira errônea ou simplista, sendo considerada como algo utópico, caro, sem sabor e de difícil acesso (ABRANDH, 2010). Contudo, a abrangência e complexidade do significado de Alimentação Adequada e Saudável não devem ser interpretados como barreiras para sua completa garantia e implementação, pois uma vez que esta não é padronizada e se expressa de diferentes formas nos diferentes contextos sociais, econômicos, ambientais e culturais. Portanto, pode-se concluir que a alimentação adequada e saudável é possível e viável!

Você conhece o Pequeno Dicionário da Alimentação Saudável?

A Secretaria Municipal de Saúde e a Universidade do Estado do Rio de Janeiro com o apoio da Rede Estadual de Alimentação e Nutrição Escolar elaborou o "Pequeno Dicionário de Alimentação Saudável" (RIO DE JANEIRO, 2013) que

descreve de forma dinâmica as definições que precisam ser consideradas para a prática da alimentação adequada e saudável. No documento, você também poderá visualizar sugestões de atividades que podem ser desenvolvidas sobre cada aspecto. Segue abaixo alguns trechos:

Acessível – É fundamental que os ambientes em que as pessoas vivem, estudam, trabalham sejam ambientes que facilitem o acesso à alimentação saudável. Além do acesso físico, é essencial refletir sobre o acesso econômico à alimentação adequada. Quando a compra dos alimentos necessários às pessoas ou famílias compromete o acesso a outros bens básicos, a alimentação saudável está ameaçada, ou seja, podemos dizer que esta família ou pessoa apresenta um certo grau de insegurança alimentar e nutricional que pode comprometer sua saúde. Alimentação saudável tem que ser antes de tudo acessível, incluindo o acesso à água de qualidade!

Cultural – A alimentação saudável deve atender às necessidades biológicas para manter o corpo funcionando bem e também atender às necessidades culturais. A cultura é entendida pelo conjunto de manifestações que expressam o modo de vida dos grupos sociais. Portanto, a dimensão cultural da alimentação saudável refere-se aos diferentes significados e valores que as pessoas atribuem aos alimentos. Esses significados são construídos de acordo com suas próprias histórias de vida e influenciam suas práticas alimentares de diferentes maneiras. Constituem mitos, tabus, crenças, costumes e práticas que compõem o saber popular sobre a alimentação. Talvez, a forma mais concreta de expressão desse saber seja a culinária. A valorização de um ou outro alimento, a forma de preparar e de comer traduzem aspectos da identidade cultural de pessoas ou grupos. As pessoas não comem nutrientes e sim comida. As comidas remetem à memórias, sensações, experiências e aprendizados. Por isso, a valorização das receitas de família e o resgate da culinária no cotidiano são ações essenciais de promoção de alimentação saudável!

(um) Direito humano – Qualquer um de nós tem o direito humano de obter acesso digno a alimentos de qualidade, em quantidade suficiente e com regularidade assegurada. Entre os direitos humanos já conquistados, estão, alimentação, moradia, saúde, educação, informação, trabalho digno e liberdade. Uma pessoa só tem uma vida digna se os seus direitos universais forem garantidos e respeitados.

Equilibrada – Atualmente, são muitas as recomendações sobre alimentação saudável divulga- das por profissionais de saúde, televisão, livros, revistas, internet etc. São tantas informações que, às vezes, geram mais confusão do que consensos. No entanto, cada pessoa apresenta uma necessidade diferente e uma determinada relação com o alimento. Uma alimentação saudável precisa ser capaz de equilibrar as recomendações técnicas e as necessidades individuais, com

criatividade e flexibilidade. As diretrizes básicas são fundamentais para o planejamento de ações direcionadas a um coletivo. No cuidado nutricional individualizado, as diretrizes pre- cisam ser adaptadas ao contexto de vida. O respeito à autonomia e à participação das pessoas nesse processo são fundamentais para alcançar o equilíbrio entre o ideal e o real.

Gostosa – Para ser saudável, a alimentação precisa ser gostosa. Muitas pessoas dizem "tudo que é gostoso faz mal", mas isso é um mito. A alimentação do dia a dia do brasileiro, como arroz, feijão, carne, legumes e frutas é saudável e gostosa. No entanto, um desafio que encontramos atualmente para a promoção da alimentação saudável é o elevado consumo de alimentos industrializados. O excesso de açúcar, de sal, de gorduras e de aditivos químicos presentes nesses alimentos acabam alterando o paladar (fenômeno conhecido como hiperpalatabilidade), causando estranhamento ao sabor natural dos alimentos, principalmente por crianças. Ao pensar em receitas e cardápios que promovam a saúde, não se pode perder de vista que é preciso atrair o olhar e agradar o paladar!

In natura – Os alimentos in natura são aqueles que compramos frescos em feiras-livres, sacolões, açougues, peixarias... Ao longo do tempo, a indústria foi aumentando a produção de alimentos industrializados ou processados, que são mais vendidos nos grandes supermercados. Para aumentar o tempo de prateleira desses alimentos e aumentar o lucro dos fornecedores, a indústria passou a manipular ou processar os alimentos, retirando ou adicionando partes dos próprios alimentos ou até outras substâncias (aditivos químicos) para conservar, alterar a cor ou o sabor, engrossar a consistência, aumentar ou diminuir a umidade... Os alimentos in natura são a base de uma alimentação saudável!

(começa com) Leite materno – Depois do nascimento, a alimentação saudável começa com leite materno! O aleitamento materno promove a saúde e previne doenças para a mãe e para o bebê. Quando mama, o bebê se alimenta dos melhores nutrientes para seu crescimento, recebe da mãe várias defesas para doenças da infância e da vida adulta e o mais importante: se sente seguro e protegido. O ato de amamentar favorece a relação afetiva entre mãe e filho. Por isso, é muito importante apoiar as mães nesse momento.

Prazerosa – A alimentação é uma das principais fontes de prazer do ser humano. A comensalidade que significa, comer junto, é uma das marcas do ritual de alimentação humana e uma das condições para o prazer de se alimentar. É muito frequente o relato de idosos, que apresentam desinteresse em se alimentar quando ficam viúvos ou sem parentes em casa. Alguns adultos que moram sozinhos, também acham difícil preparar comida para uma só pessoa. A dimensão de prazer da alimentação pode estar em comer ou em preparar a comida para alguém. Ao se alimentarem, as pessoas buscam nutrir o corpo e a alma e neste sentido, a alimentação é uma prática social que nos relaciona até

de uma forma espiritual, é uma comunhão. Essa é uma dimensão que não se pode perder de vista quando as pessoas precisam fazer restrições alimentares por motivos de saúde. Alimentação saudável também ter que ser prazerosa!

(promotora de) Qualidade de vida – Atualmente, é muito comum escutar programas de TV ou profissionais de saúde, abordando a alimentação como fator que pode prevenir ou provocar doenças crônicas, como: obesidade, diabetes, hipertensão arterial e alguns tipos de câncer. É preciso lembrar que além da alimentação existem outros fatores que também influenciam nesse processo, como a prática de atividade física, consumo de álcool, uso do tabaco, estresse, condições genéticas, entre outros... A alimentação é muito mais do que um fator de risco, ela está na base das relações humanas e os alimentos precisam ser vistos para além dos seus nutrientes. Nesse sentido, as práticas alimentares, além do aspecto nutricional, podem contribuir para a construção de habilidades pessoais essenciais para a promoção da saúde, como por exemplo: fazer um lanche com amigos pode facilitar a aprovação social de um grupo de jovens; preparar uma receita de família pode aumentar a autoestima junto a familiares; organizar um piquenique ou um café da manhã pode contribuir para ampliar a rede de convívio social de algumas crianças e famílias; boicotar o consumo de certos alimentos pode ampliar o senso crítico de jovens; aprender novas receitas pode ampliar a autonomia de idosos ou pacientes com transtornos mentais. Alimentação saudável, além de prevenir doenças, deve promover saúde e qualidade de vida!

Regional – Se pararmos para pensar na alimentação de um gaúcho ou de um nordestino, podemos nos surpreender com tantas diferenças. Por ser um país de dimensões continentais, o Brasil apresenta uma grande variedade climática, de fauna e de flora. É exatamente essa diversidade que torna nossa alimentação tão rica. Somado ao aspecto físico, as diferentes matrizes que conformaram a criação do povo brasileiro, como índios, quilombolas, caipiras, negros e europeus também permitiram a mistura de receitas e ingredientes tão característica da culinária brasileira. Tacacá, tucupi, cuscuz, tapioca, pamonha, vatapá, acarajé, moqueca, paçoca, angu, feijoada, pequi, frango ao molho pardo, pão de queijo, cuscuz paulista, churrasco, barreado – misturas que expressam um passeio pelo paladar e pela culinária regional brasileira!

Sustentável – Essa dimensão refere-se às práticas alimentares promotoras da saúde que respeitam a diversidade cultural e que sejam ambiental, cultural, econômica e socialmente sustentáveis. Mas o que seria isso? O aspecto ambiental da sustentabilidade envolve não prejudicar o ambiente à volta, composto pelo solo, pela água e pelos seres vivos daquele habitat; o cultural diz respeito à valorização da cultura local, tanto alimentar, como de costumes de uma maneira geral; o aspecto econômico abarca questões relacionadas à compatibilidade entre padrões de produção e de consumo, valorização de grupos locais e tradicionais; e, por fim, o social envolve o respeito às pessoas, à manutenção da qualidade de vida da

população, equidade na distribuição de renda e diminuição das diferenças sociais, com participação e organização popular. A sustentabilidade envolve questões relacionadas à manutenção da vida, preocupando-se também com gerações futuras. Significa dizer que vale a pena priorizar alimentos cultivados localmente. Significa também não incluir na base de nossas práticas, alimentos produzidos com veneno, que poluem o meio ambiente e impactam negativamente todas as pessoas que se expõem a eles durante o processo produtivo: desde os trabalhadores no campo, até os que bebem de água contaminada. Ao invés disso, alimentos produzidos por meio da agroecologia, que são sustentáveis em todos os aspectos, deveriam ser priorizados. Adotar uma alimentação que respeite esses aspectos da sustentabilidade não cabe apenas aos indivíduos e à população. É preciso que políticas públicas garantam esse acesso!

Variada: Quanto mais variada for a alimentação, melhor! Cada alimento apresenta uma composição diferente, e ao variarmos os alimentos que comemos, garantimos diferentes nutrientes para o corpo. Além dos nutrientes, a variedade de alimentos evita a monotonia alimentar que pode levar ao desinteresse pela alimentação. Portanto, variar a alimentação garante que a produção de alimentos continue valorizando a diversidade de espécies comestíveis no Brasil e no mundo. Isso é alimentação saudável para as pessoas e para o planeta!

Você já havia pensado que a alimentação adequada e saudável inclui todas essas dimensões?

FONTE: Texto retirado da Apostila do Curso Educação Alimentar e Nutricional: uma estratégia para a promoção do Direito Humano à Alimentação Adequada. www.ideiasnamesa.unb.br.

Entendendo a Educação Alimentar e Nutricional (EAN)

Nos módulos anteriores, apresentamos as dimensões dos Direitos Humanos, mais especifica- mente do Direito Humano à Alimentação Adequada, as formas e a importância de exigi-lo, o conceito de alimentação adequada e saudável, bem como, seu contexto no Brasil. Vimos também o papel central que os profissionais das instituições públicas têm no empoderamento das comunidades e na garantia dos direitos humanos. Uma das ferramentas de empoderamento no âmbito no DHAA é a Educação Alimentar e Nutricional (EAN), tema central deste curso. A EAN é uma ferramenta que pode e deve ser utilizada na promoção do Direito Humano à Alimentação Adequada.

A EAN vem ganhando destaque no contexto da prevenção e controle dos problemas alimentares e nutricionais contemporâneos (citados na última aula do Módulo I), uma vez que tem como resultados potenciais: a valorização e o resgate da cultura alimentar brasileira, o fortalecimento dos hábitos alimentares regionais, a prevenção e controle das doenças crônicas não transmissíveis, e a promoção de práticas alimentares adequadas, saudáveis e sustentáveis (BRASIL, 2012).

Como vimos anteriormente, a alimentação representa muito mais que apenas a satisfação de necessidades biológicas. "A alimentação é uma prática social, resultante da integração das dimensões biológica, sociocultural, ambiental e econômica" (BRASIL, 2012). Assim, devemos ter em mente que nossas práticas alimentares são profundamente influenciadas por determinantes individuais (como os conhecimentos e percepções sobre alimentação e nutrição) e coletivos (como os diversos fatores sociais, econômicos e culturais), e que tais determinantes precisam ser considerados durante todo o processo de elaboração de ações de EAN.

Assim, para que a EAN possa abarcar toda a complexidade da alimentação, é necessário que diferentes profissionais estejam envolvidos nas ações, não apenas o nutricionista, e que as ações tenham caráter permanente e transdisciplinar. Além disso, a EAN deverá estar articulada com estratégias de caráter estrutural, pois sua capacidade de gerar impacto depende da articulação entre as dimensões individuais – aquelas que o indivíduo pode definir e alterar – e as coletivas – aquelas que o ambiente determina e possibilita.

Mas então, o que significa mesmo Educação Alimentar e Nutricional?

Segundo o Marco de Referência (BRASIL, 2012), Educação Alimentar e Nutricional no contexto da realização do DHAA e na garantia da Segurança Alimentar e Nutricional é

"um campo de conhecimento e de prática contínua e permanente, transdisciplinar, e multiprofissional que visa promover a prática autônoma e voluntária de hábitos alimentares saudáveis. A prática da EAN deve fazer 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".

O Marco de Referência de Educação Alimentar e Nutricional para Políticas Públicas

O conceito de EAN foi sendo remoldado e aprimorado com o passar das décadas e de acordo com as mudanças do cenário socioeconômico e político nacional e internacional, levando à elaboração, em 2012, de um documento de referência sobre o assunto, o Marco de Referência de Educação Alimentar e Nutricional para Políticas Públicas. Este documento adota oficialmente o termo Educação Alimentar e Nutricional, e não o termo Educação Nutricional ou o termo Educação Alimentar para esclarecer que o escopo de ações deve abranger desde os aspectos relacionados ao alimento e alimentação, os processos de produção, abastecimento e transformação aos aspectos nutricionais.

Esse documento significa um grande passo para as políticas públicas de EAN do país. Sua elaboração foi realizada de forma participativa e intersetorial, sendo conduzida pelo Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome em parceria com o Ministério da Saúde e da Educação, Associação Brasileira de Nutricional, Conselho Federal de Nutricionistas, Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutrição e com o Observatório de Políticas de Segurança Alimentar e Nutrição da Universidade de Brasília, além de contar com as contribuições da sociedade.

Seu objetivo consiste em "promover um campo comum de reflexão e orientação na prática, no conjunto de iniciativas de Educação Alimentar e Nutricional que tenham origem, principalmente na ação pública, e que contemple os diversos setores vinculados ao processo de produção, distribuição, abastecimento e consumo de alimentos".

Reflita sobre: como sua atuação profissional, poderia contribuir no campo da EAN para a promoção do DHAA?

Referências

ABRANDH – FAO. A Exigibilidade do Direito Humano à Alimentação Adequada. 2007. Disponível em: http://www.bvsde.paho.org/texcom/nutricion/exigibilidade.pdf.

ABRANDH. Curso de Formação em Direito Humano à Alimentação Adequada no contexto da Segurança Alimentar e Nutricional. 2009. Disponível em: http://www.saoleopoldo.rs.gov.br/ download_anexo/Modulo7.pdf.

ABRANDH. Direito Humano à Alimentação Adequada no Contexto da Segurança Alimentar e Nutricional. 2010. Disponível em: http://www.redsan-cplp.org/uploads/5/6/8/7/5687387/manual_direito_humanoalimentao_adequada.pdf.

BATISTA FILHO, M. Alimentação, Nutrição e Saúde. Rio de Janeiro: MEDSI, 1999.

BRASIL. Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional. Grupo de Trabalho Alimentação Adequada e Saudável: documento final. Brasília, 2010.

BRASIL. Dialogando sobre o direito humano à alimentação adequada no contexto do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Direito Humano à Alimentação Adequada – Faça Valer. CONSEA; ABRANDH; ACTIO- NAID; MDS.

BRASIL. Guia para Análise de Políticas e Programas Públicos de Segurança Alimentar e Nutricional sob a Perspectiva dos Direitos Humanos. Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional – CONSEA. Brasília: CONSEA, junho de 2009.

BRASIL. Política Nacional de Alimentação e Nutrição. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Política Nacional de Humanização – HumanizaSUS. Ministério da Saúde. Brasília, 2004.

BRASIL. Políticas Sociais e Chamada Nutricional Quilombola: estudos sobre condições de vida nas comunidades e situação nutricional das crianças. 2008. Disponível em: http://www.abrasco.org.br/grupos/arquivos/2013-01-23%2013:44:23.pdf.

COTTA, Rosângela Minardi Mitre; MACHADO, Juliana Costa. Programa Bolsa Família e segurança alimentar e nutricional no Brasil: revisão crítica da literatura. Rev Panam Salud Publica, Washington, v. 33, n. 1, Jan. 2013. Disponível em: <http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S102049892013000100=en&nrm=iso>. Acesso em 09 Agosto 2013.

DAMATTA, R. Sobre o Simbolismo da Comida no Brasil. In.: O Correio da Unesco. Rio de Janeiro, 15 (7), p.22-23, 1987.

Faculdade de Ciências da Nutrição e Alimentação da Universidade do Porto – FCNAUP. A Nova Roda dos Alimentos. (site). Disponível em: http://sigarra.up.pt/fcnaup/pt/noticias_geral.ver_noticia?P_nr=10. Acesso em: 24 outubro 2013.

FAO – Food and Agriculture Organization of The United Nations. FAOSTAT. Disponível em:
<http://faostat3.fao.org/home/index.html>. Acesso em: 13 de dezembro de 2013.

FAO. Guia para Projetos Participativos de Nutrição. 1997. Disponível em: http://www.fao.org/docrep/003/V1490P/V1490P00.htm#TOC. Acesso em: 25 de outubro de 2013.

FAO. Caderno do Formador: Desenvolvimento Rural Sustentável – uma visão territorial. 2012. Disponível em: http://www.fao.org/docrep/field/009/aq095pt/aq095pt.pdf. Acesso em: 24 outubro 2013.

FISCHLER, C. Commensality, society and culture. II The human and social sciences and the challenge of the future. Social Science Information. 50(3-4) 1 –21 - 2011.

GARCIA, R.W.D; CASTRO, I.R.R. A culinária como objeto de estudo e de intervenção no campo da Alimentação e Nutrição. Ciência e Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v.16, n.1. 2011.

GARCIA, RWD. Representações Sociais da Comida no meio urbano: Um estudo no centro da cidade de São Paulo. [Dissertação de Mestrado]. São Paulo. Faculdade de Saúde Pública da USP, 1993.

IDEO. Kit de Ferramentas - Human Centered Design. 2ª edição. 2012. Disponível em: https://hcdconnectproduction.s3.amazonaws.com/toolkit/en/portuguese_download/ideo_hcd_toolkit_complete_portuguese.pdf.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. Pesquisa de Orçamentos Familiares 2008/2009 - Avaliação Nutricional da Disponibilidade Domiciliar de Alimentos no Brasil. Brasília: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2008.

Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada - IPEA. Dimensão, evolução e projeção da pobreza por região e por estado no Brasil. Comunicados do IPEA. n. 58, 2010. Disponível em: http:// www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/comunicado/100713_comunicadoipea58.pdf. Acesso em: 17 outubro 2013.

Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada - IPEA. Ouvidoria Pública como Instrumento de Mu- dança – Texto para Discussão nº 1480. Brasília, março de 2010.

LEÃO, M.M.; RECINE, E. O Direito Humano à Alimentação Adequada. In: Taddei JA, Lang RMF, Longo-Silva G, Toloni MHA, Nutrição em Saúde Pública. São Paulo: Rubio, 2011.

MONTEIRO, C.; CANNON, G. The big issue is ultra-processing. What are ultra-processed products.[Comentário]. World Nutrition, June 2012: 257-268.

OLIVEIRA, R.C., OLIVEIRA, F.; SCORTEGAGNA, P. Pedagogia Social: possibilidade de empoderamento para o idoso. In: III CONGRESSO INTERNACIONAL DE PEDAGOGIA SOCIAL, 3., 2010, São Paulo. (ABES), Disponível em: <http://www.proceedings.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttex-t&pid=MSC0000000092010000100022&lng=en&nrm=abn>. Acesso em: 16 Out. 2013.

Pacto Internacional sobre os Direitos Econômicos, Sociais e Culturais – PIDESC. COMENTÁRIO GE- RAL N.º 12: ARTIGO 11.O (O DIREITO A UMA ALIMENTAÇÃO ADEQUADA). Vigésima sessão, 1999.

PINHEIRO, T. Tennyson Pinheiro explica o design thinking. Página22. [site]. 2010 Disponível em: http://www.pagina22.com.br/index.php/2010/11/tennynson-pinheiro-explica-o-design-thinking/. Acesso em: 24 outubro 2013.

Plano Brasil Sem Miséria – Apresentação. (site). Disponível em: http://www.brasilsemmiseria. gov.br/apresentacao. Acesso em: 9 de agosto de 2013.

RAMOS, C.I; CUERVO, M.R.M. Programa Bolsa Família: a interface entre a atuação profissional e o direito humano a alimentação adequada. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro,v. 17,n. 8, Agosto 2012. Disponível em<http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pi- d=S1413-81232012000800026&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 21 Agosto 2013.

RIO DE JANEIRO. Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro. Secretaria Municipal de Saúde. Instituto de Nutrição Annes Dias. Pequeno Dicionário da Alimentação Saudável. Rio de Janeiro, 2013.

SANTOS FILHO, S.B.; BARROS, M.E.B.; GOMES, R.S. The National Humanization Policy as a policy produced within the healthcare labor process. Interface – Comunic. Saude. Educ., v.13, supl.1, p.603-13, 2009.

Secretaria de Assuntos Estratégicos – SAE. SAE NA MÍDIA - Governo define que a classe média tem renda entre R$ 291 e R$ 1.019. [site]. Brasília, 24 de julho de 2013.

Unidos Pelos Direitos Humanos. Violações dos Direitos Humanos. [site]. Disponível em: http:// www.humanrights.com/pt/what-are-human-rights/violations-of-human-rights/article-3.html. Acesso em: 12 de agosto de 2013.

VALENTE, F.L.S. Direito Humano à Alimentação – desafios e conquistas. São Paulo: Cortez, 2002.

WHO – World Health Organization. Obesity and overweight. Disponível em: <http://www.who. int/mediacentre/factsheets/fs311/en/>. Acesso em: 13 de dezembro de 2013.

Leitura e Materiais Complementares

Declaração Universal dos Direitos Humanos
http://portal.mj.gov.br/sedh/ct/legis_intern/ddh_bib_inter_universal.htm

Coco da Declaração Universal dos Direitos Humanos.http://portal.mj.gov.br/sedh/documentos/cordel10.html

Lei Orgânica de Segurança Alimentar e Nutricional - LOSAN
http://www2.planalto.gov.br/consea/biblioteca/publicacoes/cartilha-losan-portugues

Publicação – Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil
http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/cartilha_plano.pdf

Artigo - O fazer educação alimentar e nutricional: algumas contribuições para reflexão http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012000200018

Artigo - Determinantes do comportamento alimentar: uma revisão com enfoque na família. http://www.scielo.br/pdf/rn/v21n6/a12v21n6.pdf

Artigo – O Ambiente como Elemento Determinante da Obesidade http://www.ibb.unesp.br/Home/Departamentos/Educacao/Simbio-Logias/artigo_nutr_12_o_ ambiente_como_elemento_determinante_da_ob.pdf

Vídeo- Peraí, é nosso direito
vimeo.com/6122101

Vídeo– Falando de Direitos: Alimentação e Saúde no SUS
http://vimeo.com/32862441

Vídeo – Palestra do Chef Jamie Oliver no TED
http://www.youtube.com/watch?v=zA83ASHriAM

ANEXO 04

"Vamos fazer palestra ou não?"

Na reunião da equipe de Saúde da Família de Santa Filomena, todos os profissionais estavam reunidos. A enfermeira Lúcia apresentou o resultado do diagnóstico de saúde da comunidade, que havia sido concluído naquela semana. Entre os problemas identificados, constatou-se que havia muitos hipertensos, diabéticos, doenças respiratórias e de pele e que as crianças apresentavam diarréia constantemente e, ainda, casos de dengue. Lúcia relatou que durante uma visita domiciliar observou a presença de lixo próximo às casas e esgoto a céu aberto. Um membro da equipe perguntou:

- Como resolver esses problemas?

- Márcio, médico da equipe sugeriu a realização de uma reunião com a comunidade.

O dentista da equipe perguntou:

- Vamos fazer palestras nesta comunidade abordando todos esses problemas identificados?

A enfermeira comentou que já estava cansada de fazer palestras noutra realidade que ela havia trabalhado e não via nenhum resultado. A mesma sugere:

- Como nós estamos começando o trabalho nesta comunidade, acho que podemos realizar nossas ações educativas e de promoção da saúde utilizando outras estratégias.

Outro profissional comentou:

- Mas eu só sei fazer palestras, e eu acho que eles aprendem muito com as palestras. Que outras estratégias seriam mais interessantes?

A enfermeira perguntou:

- Como podemos afirmar que eles aprendem muito com este tipo de ação educativa? Nós nunca avaliamos nossas ações educativas. Na minha experiência eu percebo pouca mudança.

Como ajudar a equipe a aperfeiçoar suas ações de promoção e educação em saúde e utilizar outras estratégias?

FONTE: Material Didático do Módulo Promoção da Saúde, MPSF/RENASF-UFRN, abril/maio/2012.

ANEXO 5

Fazendo Oficina (*)

Domingos Corcione – Consultor de Movimentos Populares

Torna-se cada vez mais frequente, hoje, no trabalho de educação e formação popular, FAZER OFICINA. Virou comum se falar em oficina. Será que todos estão dizendo a mesma coisa? Há seminários e cursos que se parecem muito com oficinas, assim como há oficinas que nada mais são que os cursos ou seminários tradicionais...

Afinal, o que é uma oficina?

Foi a partir dessa pergunta e levando em conta experiências e reflexões de educadores que nasceu esse texto, querendo contribuir com o debate sobre o tema.

Quem pensa em oficina lembra logo, por associação de idéias, de peças, trabalho, conserto, reparo, criatividade, transformação, processo de montagem... São todas idéias que compõem o significado da oficina, que se constitui num espaço privilegiado de criação e descobertas.

Numa oficina, PROCESSO e PRODUTO compõem uma unidade dialética. A modalidade de um processo educativo influencia na qualidade de seus resultados. A oficina não pretende alcançar um objetivo “a qualquer custo”; preocupa-se, pelo contrário, com a adequação e a sequência dos passos a serem dados para que se chegue àquele mesmo objetivo.

O processo do qual falamos tem várias características: é pluridimensional, criativo, coletivo, planejado e coordenado.

A seguir, tentaremos explicitar melhor cada um desses pontos.

Costuma-se dizer que SE APRENDE FAZENDO. Não se aprende somente com a cabeça, mas com o corpo todo. É por isso que, numa oficina, são trabalhadas distintas dimensões do ser humano: o sentir, o pensar, o agir. Intuição e razão, gesto e palavra intervêm e encontram uma nova síntese. O produto que daí é gerado tem um valor e significado particulares, exatamente porque é fruto de um processo pluridimensional. Uma oficina, digna desse nome, coloca o desafio de um modo de trabalhar que se opõe ao tradicional. Para quem se acostumou a recebeu tudo pronto, a liberdade de criar pode ser assustadora. Mas o componente PRAZER, sempre presente no trabalho de oficina, favorece um clima de autoconfiança que faz superar o eventual medo de exercer a liberdade.

A criatividade é uma característica constitutiva da oficina. Ela implica na capacidade de INVENTAR O NOVO, tanto no que diz respeito ao modo de trabalhar, como ao produto construído. É imprescindível o uso das mais variadas formas de linguagem que possam corresponder às diversas e inseparáveis dimensões da pessoa. Por isso, é comum, numa oficina, a introdução da dança, da poesia, da pintura, da modelagem, de brincadeiras e dinâmicas de grupo. O produto que daí nasce terá essa mesma marca criativa e pluridimensional. Será sempre algo concreto, visível: um desenho, uma expressão musical ou plástica, uma colagem, uma expressão corporal, um cartaz, um texto... Para isso, será necessário um trabalho prévio de sistematização. As pessoas do grupo irão identificar no produto construído aspectos da contribuição de cada um.

Uma oficina, além de ser um processo pluridimensional e criativo, é algo COLETIVO, que passa pela construção de várias pessoas. Por isso, o compromisso e a responsabilidade dos participantes do grupo são essenciais: cada um assume uma tarefa na montagem ou produção do que se quer obter. O desafio é a criação coletiva a partir dos recursos do próprio grupo, a partir da prática de cada um em seu cotidiano. A organização do trabalho coletivo busca valorizar e potencializar a adversidade e potencialidade da cada um.

Nesse contexto, fica fácil compreender que a oficina é um PROCESSO PLANEJADO E COORDENADO. O coordenador:

- planeja previamente a oficina, de modo a favorecer uma construção coletiva de conhecimentos que cheguem a se expressar num produto concreto;

- busca fontes (bibliografia, assessoria, etc.) que contribuam para uma apropriação do saber historicamente acumulado e um aprofundamento teórico acerca da temática em questão; consequentemente não descarta métodos expositivos ou intervenções mais qualificadas de especialistas que possam ser necessários em algum momento da oficina. Cuida para não fazer passar ao grupo a ilusão de estar construindo algo pretensamente novo, fortalecendo a consciência histórica e o reconhecimento dos limites do saber construído no aqui e agora;

- assume, durante a oficina, a postura de co-participante, que acredita na originalidade da contribuição de cada membro do grupo e que, por isso mesmo, não pode prever qual será o resultado final do processo que é chamado a conduzir.

Caso sejam várias pessoas a coordenar ou assessorar a oficina, será necessário que haja a maior sintonia possível entre elas.

Não há receitas para se fazer uma boa oficina. Toda experiência requer ingredientes adequados e combinados de forma a corresponder a cada especificidade local e conjuntural, a cada público e objetivo. O prazer de fazer oficina se fundamenta exatamente na consciência de estar experimentando algo singular e de estar aprendendo a experimentar.

Referências

GARCIA, Regina Leite (Org.). *Orientação Educacional, o trabalho na escola*. São Paulo: Loyola, 1990.

CORCIONE, Domingos. A Questão da Formação de Assessores, Dirigentes e Lideranças Intermediárias para o Movimento Popular e Sindical. In: *Debate*, CESE, n. 3, ano IV, maio 1994.

(*) Texto retirado do Caderno Ver-SUS Brasil, Ministério da Saúde, p.30-33.

ANEXO 6

O SOL

Jota Quest

Hei, dor
Eu não te escuto mais
Você não me leva a nada
Hei, medo
Eu não e escuto mais
Você não me leva a nada

E se quiser saber
Pra onde eu vou
Pra onde tenha Sol
É prá lá que eu vou (2x)

Yeah! Han!
Caminho do sol, eh!
Lá lararará!
Caminho do sol, eh!

E se quiser saber
Pra onde eu vou
Pra onde tenha Sol
É prá lá que eu vou

E se quiser saber
Pra onde eu vou
Pra onde tenha Sol
É prá lá que eu vou
É prá lá que eu vou

Lá lararará, lararará
É prá lá que eu vou

É PRECISO SABER VIVER

Roberto e Erasmo Carlos

Quem espera que a vida
Seja feita de ilusão
Pode até ficar maluco
Ou morrer na solidão
É preciso ter cuidado
Pra mais tarde não sofrer
É preciso saber viver

Toda pedra do caminho
Você pode retirar
Numa flor que tem espinhos
Você pode se arranhar
Se o bem e o mal existem
Você pode escolher
É preciso saber viver

É preciso saber viver
É preciso saber viver
É preciso saber viver
Saber viver, saber viver!

ANEXO 7

Existem várias maneiras de entender e fazer educação

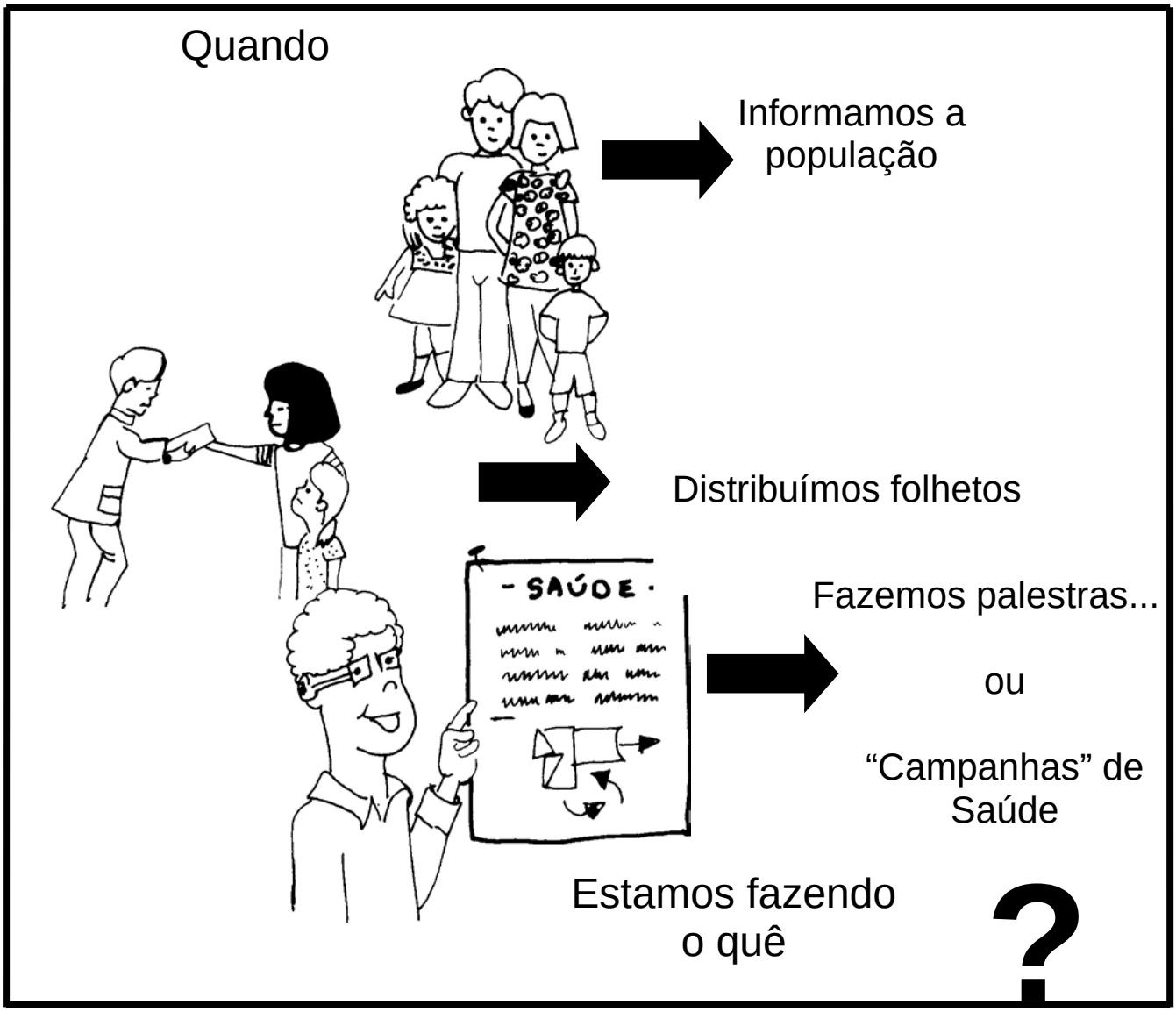
E NÓS... COMO ACONTECE A NOSSA PRÁTICA?

O QUE ESTÁ POR TRÁS DELA?

** Unidade organizada, originalmente, por Conversani, Lessa e Carmo[11] para o Manual de Educação em Saúde e a Mobilização Comunitária da SUCAM, MS, 1990. Adaptada ao contexto deste instrumento didático com autorização das autoras.*

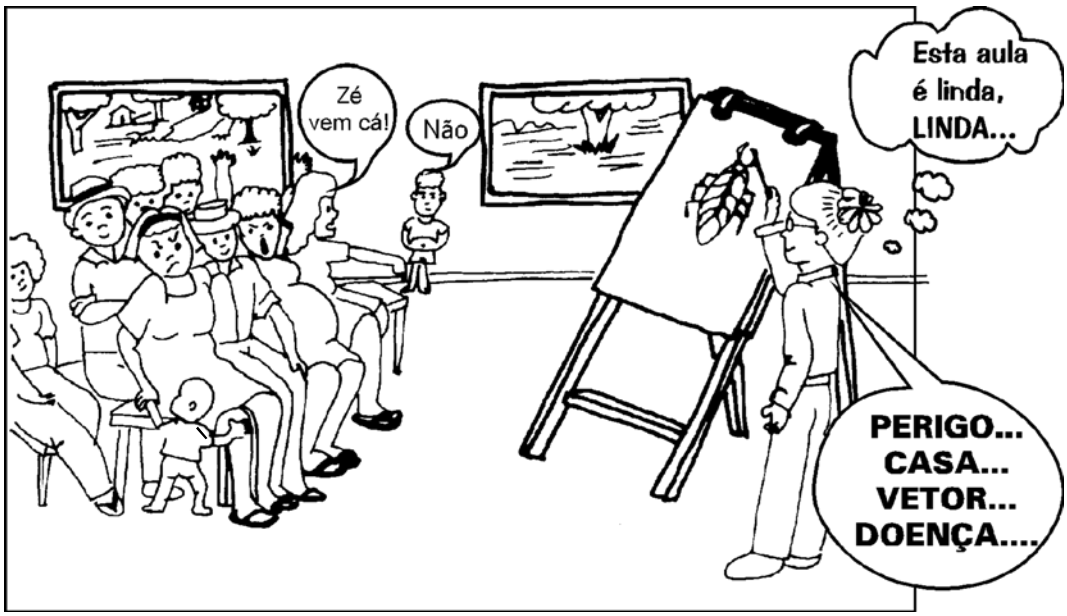
FONTE: Educação em Saúde - Planejando as Ações Educativas (Teoria e Prática) NES / PROG. HANS. - CVE 1997

Muitas vezes, na prática, a educação tem sido considerada apenas como divulgação, transmissão de conhecimentos e informações, de forma fragmentada e, muitas vezes, distante da realidade de vida da população ou indivíduo.



FONTE: Educação em Saúde - Planejando as Ações Educativas (Teoria e Prática) NES / PROG. HANS. - CVE 1997

VOCÊ JÁ PENSOU SOBRE ISSO? *



"É sempre bom lembrar que a atividade educativa não é um processo de condicionamento para que as pessoas aceitem, sem perguntar, as orientações que lhes são passadas. A simples informação ou divulgação ou transmissão de conhecimento, de como ter saúde ou evitar uma doença, por si só, não vai contribuir para que uma população seja mais sadia e nem é fator que possa contribuir para mudanças desejáveis para melhoria da qualidade de vida da população". [30]

"As mudanças no sentido de ter, manter e reivindicar por saúde ocorrem quando o indivíduo, os grupos populares e a equipe de saúde participam. A discussão, a reflexão crítica, a partir de um dado conhecimento sobre saúde/doença, suas causas e consequências, permitem que se chegue a uma concepção mais elaborada acerca do que determina a existência de uma doença e como resolver os problemas para modificar aquela realidade". [30]

** Figuras e texto adaptados de "Trabalhando com Gestantes. Manual para profissionais de Saúde". FESIMA. São Paulo, 1988.*[30]

NOSSA PRÁTICA: OS PROBLEMAS E DESAFIOS[11]

Muitos daqueles que trabalham na área da Educação encontram dificuldades no seu dia-a-dia, como:

☐ Recomendação de práticas diferentes por instituições diferentes e relacionadas a uma mesma ação que se espera da população.

☐ Recomendação de práticas com barreiras sócio-econômicas ou culturais que dificultam e/ou restringem a sua execução.

FONTE: Educação em Saúde - Planejando as Ações Educativas (Teoria e Prática) NES / PROG. HANS. - CVE 1997

☐ Despreocupação com o universo conceitual da população, achando que tudo depende da transmissão do conhecimento técnico.

Preocupação em vender a imagem da instituição

Área técnica quer resultados concretos e rápidos

- **Em sua vivência, existem problemas para desenvolver a ação educativa?**
- **Quais são os fatores de natureza administrativa ou de organização de serviços? Qual a solução viável?**
- **Quais são os fatores de natureza educativa? Como contribuir para mudar a situação encontrada?**

Cabe a nós propiciar condições para que o processo educativo aconteça e, para isso, devemos ter muito claro o que entendemos por educação.

ANEXO 8 – Figura 1- Fluxograma de atendimento dos usuários na USF Afya

ANEXO 9 – Figura 2 – Vivência “Escolhas alimentares”

ANEXO 10 – Figura 3 – Vivência “Percepção dos alimentos”